

Å mestre hørselstap

*En studie av mestring og psykiske plager
blant personer med hørselshemming i
arbeid*

Jannicke Sandem Krogh



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2011

© Jannicke Sandem Krogh

2011

Å mestre hørselstap – en studie av mestring og psykiske plager blant personer med hørselshemming i arbeid.

Jannicke Sandem Krogh

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Jannicke Sandem Krogh

Tittel: Å mestre hørselstap - En studie av mestring og psykiske plager blant personer med hørselshemming i arbeid.

Veileder: Professor Stephen von Tetzchner

Bakgrunn: For personer i arbeid kan hørselstap medføre store utfordringer. Hørselstap utgjør også en risiko for en del psykososiale problemer. Det overordnede formålet med denne oppgaven var å undersøke mestring av utfordringer knyttet til hørselstap hos personer i arbeid. Denne kunnskapen er viktig med henblikk på å forebygge utvikling av psykiske lidelser og forhindre frafall fra arbeidslivet. Problemstillingen og hypoteser omhandler sammenhengen mellom psykiske plager og bruk av ulike typer mestringsstrategier.

Metode: Utvalget består av 26 personer med hørselshemming (25 år <), 25 kvinner, 1 mann. Alle var deltakere ved kurset «Behold jobben» ved Briskeby skole og kompetansesenter, et kurs rettet mot personer med ervervet hørselshemming i yrkesaktiv alder. Informantene fylte ut spørreskjemaer om hørselstapet, symptomer på angst og depresjon samt mestringsstrategier og taktikker knyttet til kommunikasjon.

Resultat: Problemfokuset mestring var den strategien som i størst grad er assosiert med færre symptomer. Emosjonsfokuset mestring var forbundet med flere symptomer. Resultatene viste også en tendens til at noen kommunikasjonstaktikker som innebærer fysisk og kognitiv innsats fra personen med hørselshemming var forbundet med flere psykiske plager. Unngåelse som kommunikasjonsstrategi var også forbundet med mer psykiske plager.

Konklusjon: Enkelte strategier ser ut til å være mer hensiktsmessige og andre mindre hensiktsmessige for personer med store hørselsvansker som er i arbeid. Studien gir holdepunktet for rådgiving til personer med ervervet døvhets.

Forord

Studien var en del av et omfattende prosjekt av Katharine Cecilia Peterson, som undersøker et mestringskurs for hørselshemmede i arbeidslivet. Undertegnede har gjort deler av forbehandling av datamateriale i tillegg til alle statistiske analyser av presenterte data.

Jeg ønsker å takke min veileder professor Stephen von Tetzchner. Tusen takk for oppmuntring, klare tanker, profesjonalitet og raske svar på e-post. Jeg vil takke Katharine Peterson for mulighet til benytte meg av materiale og innsyn i forskningsprosjektet hennes. En stor takk går også til resten av gjengen ved Nasjonalt Senter for Hørsel og Psykisk Helse. I hovedpraksis fikk jeg en unik erfaring hos dere, hvor jeg fikk et spesielt innblikk i psykisk helse og hørselshemming.

For grafisk utforming og akutthjelp innen Word og Excel vil jeg takke min samboer, Stian. Stor takk til mamma og pappa som har heiet på sidelinjen. Til gjengen på lesesalen vil jeg takke for godt samhold og befriende pauser i lange dager på instituttet.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	1
Presentasjon av tema	1
Hørselshemming.....	2
Definisjoner og kategorier av hørselshemming	3
Prevalens og demografi	5
Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse	6
Kommunikasjon og hørsel	7
Begrensinger og utfordringer i kommunikasjon	7
Omstillingen	8
Relasjoner og hørsel	9
Hørselshemming og familie	9
Psykiske plager.....	10
Psykiske lidelser forbundet med hørselshemming	11
Sammenhengen mellom hørselshemming og psykiske plager.....	12
Hørselshemming i arbeidslivet.....	13
Deltakelse i yrkeslivet	13
Konsekvenser av hørselstap i arbeid	14
Mestring	16
Hørselshemming og mestring.....	17
Ulike mestringsstrategier knyttet til kommunikasjon	18
Mestringsstrategier og psykiske plager	20
Studien.....	23
Problemstillinger og hypoteser.....	24
Metode.....	25
Prosjektet	25
Personer	25
Instrumenter	25
Ways of coping checklist	25
The hospital anxiety and depression scale	26

Conversation tactics checklist	27
Spørsmål om hørselssituasjon	28
Prosedyre	28
Analyser	28
Etikk	28
Resultat.....	29
Deskriptive statistikk.....	29
Beskrivelse av utvalget.....	29
Depresjon og angst	31
Mestringsstrategier	32
Sammenhenger	33
Hørsel, demografi og psykiske plager.....	33
Mestringsstrategier og psykiske plager	33
Diskusjon.....	37
Psykiske plager og hørselsrelaterte problemer	37
Sammenheng mellom mestringsstrategier og psykiske plager	39
Problemfokusert mestring	40
Emosjonsfokusert mestring	42
Kommunikasjonsstrategier.....	43
Mestring og åpenhet	46
Styrker og begrensninger ved studien	47
Selvrapportering	47
Utvalget	47
Årsakssammenhenger.....	48
Mål på hørselstap	48
Kliniske implikasjoner	49
Konklusjoner	50
Litteraturliste	52
Vedlegg A	61
Vedlegg B.....	62
Vedlegg C.....	64
Vedlegg D	65

Introduksjon

Presentasjon av tema

Arbeidsplassen og yrkesrollen er en stor del av de fleste menneskers liv og identitet. Arbeid utføres i utgangspunktet av finansielle årsaker, men økonomi er ofte ikke den eneste motivasjonen. Arbeid ansees for eksempel som en sentral komponent i den enkeltes integrasjon i samfunnet (Brochs- Haukeland, 2010; Clausen, 2003).

Da arbeidsplassen er en sosial så vel som faglig arena, gir arbeid et nettverk av kollegaer og potensielle venner. Arbeid gir mulighet for utvikling av egne evner og kompetanse, og kan være en form for selvrealisering. Arbeid gir struktur i hverdagen og det balanserer døgnrytmen, noe som videre kan generere mer energi til andre aktiviteter. Arbeid gir en følelse av normalitet og tilhørighet. For mange vil det føles godt å bidra i samfunnet, noe som er i samsvar med vanlige normer og verdier. Identiteten gjennom arbeidet gir en følelse av felleskap med samfunnet. Alt dette antas å ha en effekt på livskvalitet og følelse av selvverd (Brochs-Haukeland, 2010; Clausen, 2003; Grimby og Ringdahl, 2000; Leufstadius, Eklund og Erlandsson, 2009).

Mange mennesker tar, av ulike årsaker, ikke del i arbeidslivet. En av årsakene til det er fysiske eller psykiske helseproblemer som sterkt nedsatt syn eller hørsel, bevegelseshemninger, psykiske lidelser eller andre tilstander av nedsatt helse eller funksjon. Andelen yrkesaktive er lavere blant funksjonshemmede enn den generelle befolkningen. I en undersøkelse gjort i Norge i 2010 var 43,6 prosent av personer i alderen 15-66 år som oppga å ha en funksjonshemming i arbeid. I befolkningen totalt var 74,6 prosent i arbeid. (Bø, Håland og Køber, 2010). Arbeid stiller krav til ulike evner og ferdigheter som kan være redusert som følge av en funksjonshemming. Dette begrenser mulighetene i arbeidslivet. For eksempel gjelder dette hørselshemming og de krav som stilles til kommunikasjon og innhenting av informasjon. Personer med hørselstap har ikke de samme forutsetningene for å delta i arbeidslivet som de med normal hørsel. Den høye andelen av arbeidsledige, langtids sykemeldte og førtidspensjonerte blant hørselshemmede tyder på at denne gruppen er i en sårbar posisjon på arbeidsmarkedet (Berg, 2005; Clausen, 2003; Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004; Eide og Gundersen, 2004).

Langvarig fravær fra arbeid som følge av arbeidsløshet eller langvarig sykdom antas å ha negativ påvirkning på mental helse. Forskningslitteraturen viser en klar sammenheng mellom

fravær fra arbeid og dårligere mental helse samt andre negative helserelaterte konsekvenser (Eide og Gundersen, 2004; Jin, Shah og Svoboda, 1995; Murphy og Athanasou, 1999). I tillegg til lavere inntekt, medfører arbeidsløshet en rekke endringer i hverdagen som for eksempel mindre variasjon i daglig aktiviteter, færre målsettinger, mindre muligheter til å ta viktige avgjørelser og færre muligheter for å utvikle sine evner (Warr, 1987).

Selv om det å være i arbeid ser ut til å beskytte mot nedsatt mental helse, er også arbeidsplassen en arena hvor problemer kan oppstå. Hørselstap kan for eksempel være særlig plagsomt nettopp i en arbeidssituasjon (Binzer, 2000; Clausen, 2003; Glass og Elliot, 1993; Gullacksen, 2002). Å være i arbeid er i seg selv ikke tilstrekkelig for følelse av tilhørighet og for god mental helse. Hvordan arbeidsdagen arter seg er også av betydning, da det antas å være et forhold mellom trivsel på jobb og mental helse (Warr, 1987). En studie viste for eksempel at det å oppleve stort press på jobben, i tillegg til lite sosial støtte av kollegaer samt usikkerhet med hensyn på jobbsituasjonen senere predikerte angst og depresjon hos personer i arbeid (Andrea, Bültmann, van Amelsvoort og Kant, 2009). Warr (1987) foreslo en modell for trivsel på jobb hvor hovedpoenget var at passe mengde av ulike faktorer er essensielt for trivsel og at for mye av noe kan være toksisk, og føre til mistrivsel. Å få ansvar og utfordringer er bra, men for mange utfordringer eller krav som overskrider ens forutsetninger kan oppleves svært belastende og kan få negative konsekvenser på lang sikt. For personer med hørselshemming er krav til kommunikasjon en sentral faktor i arbeidssituasjonen (Clausen, 2003; Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004). I tillegg til de vanlige utfordringer arbeidet byr på, får personer med hørselshemming en ekstra oppgave, nemlig å kompensere for sitt hørselstap (Gullacksen, 2002).

Ulike faktorer bidrar til sammenhengen mellom hørselstap og de negative konsekvenser hørselshemming kan medføre. En av faktorene som påvirker denne sammenhengen er mestring (Danermark, 2005; De Graaf og Bijl, 2002; Helvik, Jacobsen og Hallberg, 2006a; Knutson og Lansing, 1990; Kramer, 2005). Mulighet for å mestre de utfordringer som hørselstapet medfører blir viktig for trivsel og kontroll på jobben, og for mental helse. Denne oppgaven vil se på mestring og psykiske plager hos personer med nedsatt hørsel som er i arbeid.

Hørselshemming

Betegnelsen hørselshemmet brukes om alle som har en form for hørselstap. Dette omfatter alle typer og grader av nedsatt hørsel. Personer med hørselshemming utgjør imidlertid en

heterogen gruppe. Distinksjoner kan gjøres på bakgrunn av årsak til og grad av hørselshemmingen, i tillegg til alder da hørselstapet inntraff. Gruppen har til felles at de ikke uten videre kan delta i kommunikasjon og ikke kan innhente informasjon som formidles auditivt (Grønlie, 2005; Hindley 1997; Luey, Glass og Elliot, 1995).

Definisjoner og kategorier av hørselshemming

Ervervet hørseltap dreier seg om et hørselstap som har inntruffet etter fylte tre år. Personer med ervervet hørselstap er født med normal hørsel, har talespråk som morsmål og har på et tidspunkt mistet hørselen helt eller delvis. Et slikt hørselstap kan komme gradvis eller akutt. Førspråklige døve derimot, er et begrep som refererer til de med medfødt eller tidlig ervervet hørselstap, det vil si før de lærte språk. De kommuniserer gjerne med tegnspråk og mange har en sterk identitet som døv (Grønlie 2005; Luey, 1980).

Personer med medfødt eller tidlig ervervet døvhet kjennetegnes ofte ved bruk av tegnspråket. Som følge av et felles språk, og mange felles erfaringer dannes det naturlig egne grupper og egne samfunn. I forlengelsen av dette er det etablert en egen kultur, døvekulturen.

Døvekulturen baseres i all hovedsak på det visuelle språket, og det visuelle særegne rolle fremheves fremfor fravær av hørsel (Ladd, 2003). Mange døve, hovedsakelig de med medfødt hørselshemming, er medlem av døvesamfunnet, bruker tegnspråk og ser på seg selv som del av en egen kulturell gruppe. Andre personer med hørselstap er ikke en del av denne døvekulturen eller samfunnet (Hindley, 1997). De fleste med ervervet hørselstap og de med kun mildt eller moderat tidlig hørselstap tilhører ikke døvesamfunnet. For de er døvekulturen ukjent, og de kan ikke tegnspråket. Således vil det også for mange føles unaturlig å bli en del av døvesamfunnet til tross for at det faktisk blir døve (Luey m.fl., 1995). Målgruppen for denne oppgaven er hovedsakelig personer med ervervet hørselstap. Det vil si personer som har mistet hørselen i voksen alder eller personer som kun i liten grad har medfødte eller tidlig ervervede hørselsproblemer, og som dermed har talespråk som morsmål. Gruppen vil videre refereres til som personer med hørselshemming.

Medisinske definisjoner av ulike former for hørselstap baserer seg på om hørselstapet er permanent eller flukturende, akutt eller progressivt, bilateralt eller unilateralt, hvor i hørselssystemet skaden sitter, hvilke frekvenser som rammes og i hvilken grad (Hindley, 1997; Laukli, 2007). Det er vanlig å definere grad av hørselstap i desibel (dB) målt på bestemte frekvenser. Dette blir oppgitt i et audiogram som er en grafisk fremstilling av hørselstapet. Hørselstap i dB klassifiseres gjerne i kategorier som sier noe om grad av

hørselstap. *Mildt hørselstap* regnes å være et tap på rundt 20-40 dB, *moderat hørselstap* ligger på 40-60 dB og *alvorlig* regnes fra 60-90 dB, mens et tap på over 90 dB regnes for å være *dyp hørselshemming*. Et hørselstap på 90 dB eller mer representerer et kvalitativt så vel som kvantitativt skille mellom det å høre og det å være døv (Schlauch og Nelson, 2009).

De overnevnte kategoriene har til hensikt å beskrive hva slags handikap som assosieres med ulike grader av hørselstap, altså hva det vil si å ha et hørselstap på for eksempel 50 dB (Schlauch og Nelson, 2009). Personer med et mildt hørselstap vil ha noen vanskeligheter med å følge med i samtaler, de vil ofte kunne oppleve at andre mumler eller hvisker. Moderat hørselstap gjør samtale desto mer problematisk, spesielt når det er bakgrunnsstøy eller mange personer til stedet. Personer med et moderat hørselstap vil stort sett være avhengig av høreapparat eller andre hjelpemidler for å kunne delta i en talebasert samtale. Alvorlig hørselstap innebærer å kunne oppfatte at noen snakker, men ikke oppfatte hva som blir sagt. Ved bruk av høreapparat eller lese på leppene kan de oppfatte noe. Døvhets medfører å kun potensielt høre ekstremt høye lyder (Hearpod, 2011; Laukli, 2007).

Det er imidlertid ingen enkel sammenheng mellom hørsel målt med standardiserte metoder og den individuelle opplevelsen av hørselstapet. Konsekvensene beskrevet ovenfor er kun delvis relatert til grad av hørselstap. Opplevelse av problemer med hørselen er også avhengig av andre variabler enn hørselstap angitt i dB. Ulike faktorer kan påvirke i hvilken grad hørselsnedsettelsen oppleves som alvorlig. For eksempel kan to personer med samme gjennomsnittlige hørselstap ha ulik frekvensprofil (Laukli, 2007; Schlauch og Nelson, 2009; Tambs, 2004). Hørselstap som rammer frekvensene 500-4000 Hz vil potensielt gi større problemer da det er disse frekvenser som er mest aktuelle for oppfattelse av tale (Sataloff og Sataloff, 2005b; Thomas, 1984). Ulikheter i miljø, krav og mestringsstrategier kan også utgjøre en forskjell for hvordan hørselstapet oppleves (Schlauch og Nelson, 2009; Tambs, 2004). En av informantene i undersøkelsen til Kvam og Tingvold (2004) fortalte for eksempel om at hørselstapet ble mer utfordrende da arbeidsplassen ble gjort om til åpent kontorlandskap. En slik omorganisering stilte nye krav til hørsel da arbeidsmiljøet ble mer støyfullt.

Hørselstap kan ha ulike årsaker og det er identifisert ulike kategorier av hørselsskader basert på hvor i det auditive systemet skaden sitter. *Periferere skader* er de skadene som er lokalisert perifert i systemet, ved hørselsorganet. Periferere skader kan videre deles i *nevrogen* og *mekanisk* hørselstap. Nevrogen hørselstap innebærer skade i det indre øret eller den auditive

nerven. Årsaken til et slikt sansetap kan være genetisk betinget eller et resultat av ulike bakterie- eller virusinfeksjoner. Alternativt kan hørselstapet dreie seg om mekaniske forhold. Da ligger skaden gjerne i det ytre øret eller mellomøret og hindrer at lydbølger når frem til sanseorganet i det indre øret. Årsaken kan være defekter i det ytre øret eller mellomøret eller sykdom som for eksempel Ménières sykdom. Hørselstap kan også være av *blandet type*, med flere typer skader. *Sentral hørselsskade* omfatter det auditive området i hjernebarken eller den tilknyttede nervebanen. Dette er på sett og vis ikke tap av hørsel da det ofte ikke dreier seg om redusert hørselsterskel for rene toner, men heller vanskeligheter med å oppfatte og tolke lydstimuli. (Gullacksen, 2002; Laukli, 2007; Sataloff og Sataloff, 2005a; Thomas, 1984).

Prevalens og demografi

Nedsatt hørsel er en av de mest vanlige helseproblemene i den vestlige verden. Prevalensen varierer noe mellom de ulike studiene, da det er avhengig av hvilke kriterier som benyttes (Tambs, 2004). På verdensbasis ble det estimerte i 2005 at hele 278 millioner mennesker har en hørselshemming i moderat til alvorlig grad og at antallet øker betraktelig hvis de med mildt hørselstap medberegnes (World Health Organization, 2006).

Flere studier regner prevalensen for hørselshemming å ligge på om lag 16 prosent i den generelle befolkningen (f. eks. Davis, 1989; Wilson m.fl., 1999). Disse studiene inkluderer hørselstap helt ned mot 25 dB. Dette er en tilstand som ikke nødvendigvis gir opplevelse av problemer med hørselen. Studier varierer også med tanke på hvilke frekvenser hørselstapet måles på (Sataloff og Sataloff, 2005a; Thomas, 1984). Prevalensen for hørselstap på mer enn 35 dB eller 45 dB bilateralt målt på frekvensene 500, 1000, 2000 og 4000 Hz var henholdsvis 6,9 prosent og 2,8 prosent blant den australske voksne befolkningen. Kun om lag 0,5 prosent har et hørselstap på over 65 dB (Wilson m.fl., 1999). I Storbritannia er det estimert at 3,9 prosent har et hørselstap over 45 dB. Alvorlig ervervet hørselstap, hvor hørselen er svekket i en slik grad at den ikke kan brukes for talespråklig kommunikasjon i det hele tatt, altså over 95 dB var relativt sjeldent (Davis, 1989). Mildt hørselstap synes altså å forekomme relativt ofte, mens rundt 3-4 prosent av befolkningen har et moderat hørselstap og alvorligere former er mer sjeldent. Disse studiene baseres seg hovedsakelig på standardiserte metoder (audiometri). Rosenhall, Jönsson og Söderlind (1999) fant at 10,7 prosent i et svensk populasjonsutvalg i alderen 16-84 år selv oppga å ha problemer med å høre en samtale mellom flere personer, med eller uten høreapparat.

Verdens helseorganisasjon rapporterte at omtrent tre fjerdedeler av hørselstap inntreffer i voksen alder (World Health Organization, 2006) og demografien viser at det er en klar overrepresentasjon av eldre blant personer med hørselshemming (Davis, 1989; Engdahl, Tambs, Borchgrevink og Hoffman, 2005; Rosenhall m.fl., 1999; Wilson m.fl., 1999). *Presbycusis* eller aldersbetinget hørselstap er den mest vanlige formen for hørselsnedsettelse (Grønlie, 2005; Gullacksen, 2002; Thomas, 1984). En norsk studie fant at gjennomsnittsalderen for personer som henvises til audiologisk avdeling om behov for høreapparat er 69 år (Helvik m.fl., 2006b). Ved å utelukke den eldste gruppen (over 65 år) fant Eide og Gundersen (2004) at gjennomsnittsalderen for oppstart av hørselshemming var 33 år. Dette viser at en del mennesker i arbeidsfør alder har et hørselstap.

Videre synes det å være noe flere menn enn kvinner (Eide og Gundersen, 2004; Rosenhall m.fl., 1999; Wilson m.fl., 1999). En mulig forklaring på dette kan være at menn i større grad enn kvinner har vært utsatt for støyskader på arbeidsplassen og således har større risiko for høyfrekvente hørselsskader. Forskjellene er imidlertid til stedet på tvers av ulike yrkesgrupper, noe som kan tyde på at det finnes biologiske forskjeller mellom menn og kvinner med hensyn til hørsel (Rosenhall m.fl., 1999). Davis (1989) fant på den andre siden ingen stor effekt av hverken kjønn, yrke eller støy for risiko for hørselskade. Den eneste faktoren som helt klart er assosiert med hørselstap er altså høy alder.

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse

Verden Helseorganisasjon (WHO) har utviklet "*International Classification of Functioning, Disability and Health*" (ICF) som er et standard internasjonalt rammeverk for beskrivelse av helse og helserelaterte tilstander. Begrepene og klassifiseringene beskrevet her erstatter blant annet de tidligere begrepene funksjonshemming og handikap. ICF beskriver en persons fungering basert på både kroppslige funksjoner og strukturer samt aktiviteter og situasjoner personen er involvert i. Fungering er dermed et paraplybegrep hvor biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er tatt med i betraktning. På tilsvarende måte blir funksjonshemming et flerdimensjonalt fenomen bestående av kroppslige funksjonsavvik, begrensning for aktivitet, deltakelsesinnskrenkninger på ulike livsområder og mulige hemmende miljøfaktorer. *Aktivitetsbegrensning* erstatter det tidligere begrepet funksjonshemming og referer til vanskeligheter et individ kan ha med å gjennomføre aktiviteter på et personlig plan. *Deltakelsesinnskrenkning* omhandler de problemer en person opplever ved hverdagslige livssituasjoner som involvering i sosiale hendelser og er en erstatning for begrepet handikap

(World Health Organization, 2001).

Med hensyn til hørselshemming vil kroppslige strukturer hovedsakelig omhandle hørselsorganet mens funksjoner refererer til sensoriske og mentale prosesser involvert i oppfattelse, gjenkjenning og diskriminering av auditiv stimuli. Funksjonsnedsettelse innebærer skade i disse strukturene og funksjonene samt begrensninger i aktivitet og deltakelse som følge av hørselstap. Eksempler på slike begrensninger er å ikke kunne bruke hørselssansen til å oppfatte lyd fra radio og TV eller begrenset mulighet for å inngå i samtaler med andre. I tillegg kan miljømessige faktorer, som støyfulle arbeidsplasser, virke hemmende for personen med hørselshemming og bidra til nedsatt funksjon (Danermark m.fl., 2010). Begrensninger i kommunikasjon og sosial interaksjon er kanskje det som føles mest problematisk for personer med hørselshemming. Nedsatt evne til å høre tale og inngå i samtaler vil naturlig nok påvirker sosial inkludering og begrense mulighet for deltakelse i visse livshendelser (Stephens og Hetù, 1991).

Kommunikasjon og hørsel

Hørsel er viktig i forhold til menneskets mulighet for kommunikasjon, da taleoppfattelse er basert på hørselssansen og det meste av menneskelig kommunikasjon er basert på tale. Videre har en rekke aktiviteter utgangspunkt i lydbasert kommunikasjon. Dette utgjør barrierer for personer med hørselshemming. Hørselshemmede har, som følge av deres problemer med hørselen, ikke de samme forutsetningene for å delta i samfunnet som de med normal hørsel (Clausen, 2003).

Begrensninger og utfordringer i kommunikasjon

Hallberg og Carlson (1993) intervjuet 62 personer med hørselshemming om hva de opplever som stressende og i hvilke situasjoner hørselstapet medfører deltakelsesinnskrenkning. De fleste av situasjonene som ble nevnt i denne undersøkelsen var relatert til kommunikasjon. Eksempler på utfordringer var situasjoner hvor flere snakker samtidig, å snakke med personer på avstand, samtale i bil, etablere nye kontakter, delta i studiegrupper, “small-talk” i selskap, informasjonsmøter eller diskusjoner på jobb eller snakke i telefon. Forstyrrende elementer som bakgrunnsstøy gjør kommunikasjon desto mer vanskelig. Også dialekter, aksent eller språk som ikke er godt kjent for personen utgjør en ekstra utfordring.

I kommunikasjon opprettholdes det en kontinuerlig felles forståelse. Av og til skjer det et brudd i samtalen, da det oppstår misforståelser eller et brudd fordi en av deltakerne ikke hørte

hva som ble sagt. Personer med hørselshemming opplever ofte slike brudd i samtaler og konversasjon mangler gjerne flyt (Lind, Hickson og Erber, 2004). Begrensninger oppstår også i andre former for kommunikasjon. Mye kommunikasjon og informasjonsformidling foregår ikke nødvendigvis direkte i en-til-en-samtaler. Lydbasert informasjon kan oppstå spontant og personer med normal hørsel får med seg denne informasjonen uten store anstrengelser. Det krever lite ekstra oppmerksomhet eller innsats å få med seg at det kommer noen inn i rommet og annonserer at det er fest i kveld eller at noen sier en kort kommentar om at møtet i dag er utsatt. Denne informasjonen vil mange hørselshemmede miste, da de ikke har hørselssansen som en fjernsans. Mange vil gå glipp av store mengder dagligdags sosial informasjon som andre tar for gitt (Grønlie, 2005).

Omstillingen

De med ervervet hørseltap befinner seg i en radikalt forandrer livssituasjon som følge av de kommunikative vanskelighetene. De har talespråk som sitt morsmål og har vært vant med å kommunisere oralt-auditivt hele livet. Å bli hørselshemmet i voksen alder medfører dermed store krav til omstilling. Deres vanlige kommunikasjonsform fungerer ikke lenger og de har mistet den vanlige og uanstrengende måten å være sammen med andre mennesker på. De blir dermed tvunget til å finne nye metoder for kommunikasjon så vel som metoder å håndtere den nye livssituasjonen (Clausen, 2003; Grønlie, 2005). Når hørselen svikter kan en løsning være å vektlegge det visuelle. Noen evner å forstå tale ved å tolke fragmenter av talelyd supplert med visuelle tegn som leppebevegelse og ansiktsuttrykk. Dette er krevende, og ikke nødvendigvis vellykket (Luey m.fl., 1995; Lyxell og Rønneberg, 1989). “Speech-reading” som det kalles, krever en god del av de kognitive ressursene. I tillegg til konsentrasjon er arbeidshukommelsen involvert for å dekode og prosessere visuell informasjon. Evne til å lese tale utvikles ikke automatisk når et hørselstap inntreffer, og mange vil oppleve at de ikke mestrer det (Lyxell og Rønneberg, 1989). Om lag 60 prosent av et lite utvalg av personer med alvorlig ervervet hørseltap fortalte at de kunne lese på leppene. Mange av dem hadde også gått på kurs for å forbedre sine evner i å lese tale (Hallam, Ashton, Sherbourne og Gailey, 2006). Selv på sitt beste, er heller ikke det å “lese tale” helt nøyaktig. Kunnskap om tema som blir snakket om vil gjøre det lettere å forstå. I tillegg hjelper det å ha godt syn, tro på seg selv og være avslappet og ikke føle seg stresset (Luey m.fl., 1995).

For mange med ervervet hørselstap vil det føles unaturlig å lære seg tegnspråk, andre velger denne løsningen. Det finnes også andre manuelle kommunikasjonsformer som kan være til

hjelp. Noen tegnsystemer er visuelle representasjoner av talespråket i det respektive landet, i motsetning til tegnspråk, som er distinkte og selvstendige språk (Luey m.fl., 1995). Å bruke tegnspråk eller andre manuelle tegn som støtte til tale forutsetter en samtalepartner som er kjent med det aktuelle tegnsystemet. En kan tenke seg at de nærmeste pårørende som ektefelle og barn kan lære seg tegnsystemer. At en kollega på jobb skal gjøre det samme er ikke like selvfølgelig. Også mange andre tiltak for å bedre kommunikasjon baserer seg på den hørende samtalepartneren. Eksempelene på dette er mange; samtalepartner bruker skrift som støtte, snakker saktere, tydeligere og høyere, gjentar hvis det er nødvendig, bruker e-mail i stedet for telefon eller benytter høretekniske hjelpemidler. Kommunikasjonsvanskelighetene oppstår ikke fordi den hørselshemmede ikke blir forstått. Det er de andre, de hørende, som ikke blir oppfattet. Kommunikasjon kan bli betraktelig lettere med en hensynsfull samtalepartner.

Relasjoner og hørsel

En del av utfordringene og problemene som følger et hørselstap er av interpersonlig karakter. Kommunikasjon er helt essensielt både for inngåelse i og opprettholdelse av sosiale forhold. Den enkeltes sosiale liv blir dermed gjerne påvirket av svekket hørsel. Sosial isolasjon er en av de mest vanlige negative konsekvensene av ervervet hørselstap (Gilhome Herbst, 2000; Clausen, 2003; Kramer, 2005; Stevens, 1982). Noen vil velge isolering bevisst for å hindre stigmatisering, for å unngå å vise sin svakhet og for å beskytte sitt selvilde (Hetù, Riverin, Lalande, Getty og St-Cyr, 1988). Andre kan oppleve å ikke få så mye igjen for å være sosial da de går glipp av mye som blir sagt. Sosiale situasjoner kan være slitsomt og det krever dermed mye energi heller enn å gi påfyll (Kvam og Tingvold, 2004). Personer med hørselshemming opplever også, i betraktelig større grad enn andre, følelse av ensomhet (Thomas og Gilhome Herbst, 1980)

Hørselshemming og familie

De nærmeste pårørende kan oppleve at hørselshemmingen får store konsekvenser også for dem. Når ett av medlemmene i en familie får en hørselshemming skjer det en endring i dynamikken og organiseringen av forholdene i familien. Deres vanlige interaksjonsmønster og kommunikasjonsform brytes og den nye situasjonen krever en omstilling som involverer alle. Rollene byttes om og barna vil for eksempel kunne få mer ansvar som følge av at det er enkelte ting den hørselshemmede ikke kan gjøre, som å ta telefonen. Videre vil hørselstapet kunne være en hindring for spontant uttrykk for gjensidig gjengjeldelse og vanskeliggjør deling av opplevelser på lik linje med tidligere (Hallam, Ashton, Sherbourne og Gailey, 2008;

Kramer, 2005).

Hallam og medarbeidere (2008) intervjuet personer med alvorlig ervervet hørselstap og deres familiemedlemmer. Omtrent halvparten av de gifte informantene opplevde at hørselshemmingen hadde skapt negative konsekvenser for ekteskapet. Det oppstår hyppigere misforståelser, noe som kan gi rot til frustrasjon. Hørselshemmede kan oppleve at negative konsekvenser av hørselstapet blir tilskrevet til deres personlighet, og at de blir ansvarliggjort. For eksempel kan utsagn som ”det er typisk deg å ikke høre etter ” eller ”du hører det du vil høre” illustrere dette. At ektefellen attribuerer konsekvenser av hørselstapet til den hørselshemmedes egenskaper og legger skylden på den hørselshemmede er forbundet med mindre grad av tilfredshet med parforholdet (Anderson og Noble, 2005). Hvilke strategier familiemedlemmer bruker i kommunikasjon er også assosiert med grad av mentale problemer hos den hørselshemmede. En studie fant at familiemedlemmer til hørselshemmede personer med emosjonelle problemer i større grad brukte strategier som å overse personen eller signalisere irritasjon hvis samtalen ikke flyter sammenlignet med familiemedlemmene til de hørselshemmede personene som ikke hadde psykiske vansker (Hallam, Ashton, Sherbourne, Gailey og Corney, 2007).

Som pårørende kan det være belastende å håndtere vanskelighetene som personen med hørselshemmingen opplever, som nedsatte livskvalitet, manglende energi og psykologiske vansker. Nære personer kan også havne i en hjelperrolle og få ansvar utover det vanlige. For eksempel kan det være ektefellen som får ansvar for all sosial kontakt utover den nære familien, eller måtte bistå den hørselshemmede i kommunikasjon i sosiale situasjoner. Hørselshemmingen kan medføre innsnevret sosial omgangskrets for hele familien, og for noen mindre overskudd og muligheter til å delta på aktiviteter på lik linje som tidligere (Hallam m.fl., 2008). Funn fra en studie av hørselshemmede og deres ektefeller illustrerer dette. Det å ha en ektefelle som mister hørselen ser ut til å predikere dårligere psykisk og fysisk helse samt lavere sosial tilfredshet på lang sikt (Wallhagen, Strawbridge, Shema og Kaplan, 2004).

Psykiske plager

Ervervet hørselstap medfører en rekke konsekvenser. Det gjør kommunikasjonen vanskeligere, det kan medføre sosial isolasjon og i noen tilfeller også stigmatisering. Disse konsekvensene som mulig følger et hørselstap kan videre påvirke mental helse og livskvalitet (Tambs, 2004). I forskningslitteraturen ser det ut til å være en generell enighet om at ervervet hørselstap er assosiert med betraktelig stress og økt risiko for psykiske problemer.

Psykiske lidelser forbundet med hørselshemming

Litteraturen om forholdet mellom hørselstap og mentale forstyrrelser dreier seg i hovedsak om depresjon og lidelser av paranoid karakter (Gilhome Herbst, 2000). For eksempler hevder noen studier at det er en sammenheng mellom hørselstap og paranoide trekk som mistenksomhet (Knutson og Lansing, 1980; Mahapatra, 1974; Nett, 1960 i Gilhome Herbst, 2000). Andre studier har ikke funnet noen større tendens til paranoide trekk og mistenksomhet hos personer med ervervet hørselstap sammenlignet med hørende (f.eks. Thomas og Gilhome Herbst, 1980). Kalayam, Alexopoulos, Merrell, Young og Shindledecker (1991) gjennomførte psykiatriske intervju med 46 eldre hørselshemmede personer. Halvparten av informantene oppfylte kriterier for en psykiatrisk diagnose, men ingen av dem led av paranoide forstyrrelser. Det finnes så langt ikke studier som kan dokumentere en klar sammenheng mellom hørselstap og paranoide forstyrrelser (Gilhome Herbst, 2000; Jones og White, 1990; Meadow-Orlans, 1985; Thomas, 1984).

I en reviewartikkel rapporteres det imidlertid å være enighet mellom forskere når det gjelder sammenhengen mellom ervervet hørselstap og depresjon (Jones og White, 1990). I Mahapatras (1974) og Kalayam og medarbeideres (1991) studier var depresjon den mest vanlige psykiske lidelsen blant hørselshemmede. Thomas og Gilhome Herbst (1980) fant en fire til fem ganger større risiko for angst og depresjon hos personer med ervervet hørselstap i arbeidsfør alder sammenlignet med hørende. Mange faktorer som tradisjonelt er forbundet med depresjon og som er forløpere for lidelsen kan sees hos mange personer med ervervet hørselstap, slik som sorg, følelse av tap av kontroll, lav selvtillit, tendens til isolasjon, følelse av ensomhet og lært hjelpeløshet (Gilhome Herbst, 2000).

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er en av de mest omfattende helseundersøkelsene som er gjennomført i Norge. Alle innbyggere i Nord-Trøndelag over 13 år ble forespurt om å delta. En egen hørselsundersøkelse ble gjennomført i sammenheng med HUNT 2. Eide og Gundersen (2004) studerte 17 238 personer som var i arbeidsfør alder (opp til 65 år) hvorav 7 125 var klassifisert som hørselshemmet. Hørselshemming ble her regnet som minst 30 dB (under 50 år) eller 35 dB (over 50 år) på minst ett øre på minst åtte frekvenser. Dette inkluderer et stort spekter av alvorlighetsgrad samt både personer med medfødt og ervervet døvhet. Denne studien viste en økt tendens til symptomer på angst og depresjon hos personer med hørselshemming sammenlignet med normalthørende. Hørselshemmede rapporterte også å være mindre fornøyd med livet enn de som ikke var

hørselshemmet (Eide og Gundersen, 2004).

Sammenhengen mellom hørselshemming og psykiske plager

En tendens som viser seg tydelig i forskningen og den øvrige litteraturen er at det ikke er hørselshemmingen *per se* som er avgjørende for om ervervet hørselstap medfører psykososiale vanskeligheter. Grad av hørselshemming målt med standardiserte metoder er ikke direkte relatert til nedsatt mental helse (Helvik m.fl., 2006a, 2006b; Knutson og Lansing, 1980; Kramer, 2005; Thomas og Gilhome Herbst, 1980). Antakelig er risiko for å utvikle psykososiale problemer multideterministisk.

Helvik og medarbeidere (2006a) hevder at det er opplevelsen av de uheldige konsekvensene av nedsatt hørsel som er avgjørende for utvikling av psykiske problemer. Nedsatt hørsel kan medføre begrensninger i aktivitet og oppleves handikappende, men ikke alle opplever slike begrensninger i lik grad. Disse ulikheter i opplevelser vil kunne være avgjørende for den mentale helsen. Thomas og Gilhome Herbst (1980) studerte en gruppe personer med ervervet hørselstap i alderen 16-64 år. Faktorer som var assosiert med psykiske problemer var mistriivsel på jobb, bytte av jobb som følge av hørselstap, ensomhet, lite nettverk av venner, ekteskap påvirket av hørselshemmingen og mistriivsel generelt. Spesielt var følelse av ensomhet en sentral faktor. Personer med hørselshemming opplevde signifikant mer ensomhet enn en kontrollgruppe bestående av voksne hørende personer (24 % mot 14 %). Av de som rapporterte følelse av ensomhet, hadde hele 60 prosent psykiske plager. Videre så det ut til at følelse av ensomhet var knyttet til tilstedeværelse av problemer med kommunikasjon, uavhengig av grad av hørselshemming (Thomas og Gilhome Herbst, 1980). Flere mener at vanskeligheter med kommunikasjon og i hvilken grad disse utfordringene i kommunikasjon mestres vil være avgjørende for om personen utvikler psykososiale problemer som følge av hørselstap (Danermark, 2005; De Graaf og Bijl, 2002; Helvik m.fl., 2006a; Knutson og Lansing, 1990; Kramer, 2005).

Det er også andre faktorer som ser ut til å ha en betydning for sammenhengen mellom hørselshemming og mental helse. For eksempel er nedsatt mental helse mer vanlig blant hørselshemmede kvinner enn menn (Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004; De Graaf og Bijl, 2002; Hallam m.fl., 2007; Helvik m.fl., 2006a, 2006b). Coniavitis Gellerstedt og Danermark (2004) fant at hørselshemmede kvinner i større grad hadde stressende jobber hvor det var et misforhold mellom krav og opplevelse av kontroll. Dette kan for eksempel dreie seg om høye krav til kommunikasjon. Slike jobber er forbundet med mer psykiske plager.

Wallhagen og medarbeidere (2004) diskuterte muligheten for at relasjonell kommunikasjon har noe ulik betydning for menn og kvinner og at nedsatt hørsel med påfølgende kommunikasjonsvansker får større konsekvenser for kvinner.

Blant hørselshemmede er helserelaterte problemer som tinnitus og svimmelhet i tillegg til hørselsproblemer relativt vanlig (Davis, 1989; De Graaf og Bijl, 2002; Hallam m. fl., 2006; Helvik m.fl., 2006b). Tilleggshandikap eller alvorlig sykdom er forbundet med større risiko for psykologiske problemer (De Graaf og Bijl, 2002) og tinnitus er forbundet med økt risiko for depresjon (Sullivan m. fl., 1988). Thomas og Gilhome Herbst (1980) fant på den andre siden at tinnitus eller andre helserelaterte problemer ikke øker risikoen for angst og depresjon blant hørselshemmede. I hvilken grad helseproblemer påvirker sammenhengen mellomhørselstap og psykiske vansker synes å være litt uklart i litteraturen.

Mange studier inkluderer personer med et vidt spekter med hensyn til grad av hørselstap. Det er diskutert om de med alvorlig grad av hørselstap representerer en egen gruppe, at hørselstapet har større psykososiale konsekvenser enn for de med mild eller moderat hørselsvekkelse. Flere studier fremhever nettopp denne gruppen som spesielt utsatt for psykiske problemer (Hallam m.fl., 2006; Mahapatra; 1974; Sherbourne, White og Fortnum, 2002; Thomas og Gilhome Herbst, 1980;). Det ser ut til at mange faktorer kan være medvirkende til sammenhengen mellom hørselstap og psykiske plager. De med alvorlig hørselstap ser imidlertid ut til å representere en særlig utsatt gruppe.

Hørselshemming i arbeidslivet

Deltakelse i yrkeslivet

Hørselshemmede synes å være en utsatt gruppe på arbeidsmarkedet. Yrkesdeltagelsen er lavere blant personer med hørselshemming enn i normalbefolkningen (Berg, 2005; Clausen, 2003; Eide og Gundersen, 2004). For eksempel fant Eide og Gundersen (2004) at 62,9 prosent av de hørselshemmede informantene i deres studie var i arbeid mens 70,6 prosent av informantene i kontrollgruppen var i arbeid. I forundersøkelsen til prosjektet "Utesteng eller integrert" ble det funnet at 47,1 prosent av medlemmene av Hørselshemmedes landsforbund (HLF) i Buskerud var i fullt arbeid. Av de som ikke var i arbeid var 44,3 prosent var uføretrygdet, sykemeldt eller på attføring mens de resterende var hjemmeværende. Ved en spørreundersøkelse ett år senere fortalte flere om endrede forhold knyttet til arbeid og en ytterligere større andel var da utenfor arbeidslivet (Berg, 2005).

Studiene overfor favner et stort spekter av grad av hørselshemming. Thomas og Gilhome Herbst (1980) fant at personer med lite og moderat ervervet hørselstap hadde like stor sannsynlighet for å være i jobb som hørende. Mer alvorlig hørselstap (>70 dB) derimot, var en større risikofaktor for å havne utenfor arbeidslivet. En liten andel av de med mindre alvorlig hørselstap hadde imidlertid byttet arbeid som følge av hørselshemmingen. Hørselstap ser altså ut til å påvirke arbeidssituasjonen og deltakelse i yrkeslivet, men det er først og fremst for de med alvorlig hørselsproblemer at hørselstapet er en stor risiko for å falle utenfor arbeidslivet.

Konsekvenser av hørselstap i arbeid

Mulighet for å snakke med andre er en viktig ingrediens i forhold til personlig og faglig utvikling. Barrierer oppstår når hørselshemmede, som følge av hørselsnedsettelsen ikke er i stand til å delta i samtaler eller oppfatte beskjeder som er av betydning i de sammenhenger de inngår i, for eksempel deres rolle på arbeidsplassen. Slike kommunikasjonsproblemer kan innebære at hørselshemmede ikke er i stand til å utføre deres arbeid i forhold til de krav og forventninger som stilles. Det er nødvendig med informasjon for å kunne fungere tilfredsstillende, og i noen yrker vil det være avgjørende å kunne kommunisere med andre. Fordi hørselshemming er et skjult handikap er det lett å bli stemplet som dum, for eksempel i situasjoner hvor en har gått glipp av informasjon og dermed ikke handlet som forventet (Clausen, 2003). Frykt for misforståelser kan medføre tilbaketrekning, og redusert arbeidsrelatert og sosial interaksjon. Dette kan videre få negative konsekvenser med hensyn på faglig utvikling (Clausen, 2003; Gullacksen, 2002;).

Det stilles ulike krav til hørsel i ulike typer yrker. Arbeidsmiljø med høy grad av støy kan oppleves ekstra belastende. Støy er kjent et problem for de med nedsatt hørsel, da det er ekstra krevende å kommunisere i slike miljø. Imidlertid kan arbeidsplasser med mye støy variere i grad av krav til kommunikasjon. For eksempel kan arbeidssituasjonen til en maskinarbeider være preget av et støyfullt miljø, men det er ikke nødvendigvis store krav til kommunikasjon. Barnehager, derimot, kan både være særdeles støyfulle, og i tillegg stiller arbeidet der store krav til kommunikasjon (Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004). En slik arbeidsplass kan dermed oppleves direkte utmattende. Dette gjenspeiles i at personer i slike yrker rapporterer akutt behov for hvile etter endt arbeidsdag (Clausen, 2003). Økt behov for hvile etter jobb kan medføre at personer med hørselshemming har mindre tid til fritidsaktiviteter, samvær med familie eller andre ting (Clausen, 2003; Grønlie, 2005; Kramer, 2005).

”Dobbeltarbeid” er et begrep som ofte blir brukt i forbindelse med personer med hørselshemming i arbeid. Personer med nedsatt hørsel som er i arbeid må gjøre en ekstra innsats for å mestre sine arbeidsoppgaver. For det første har hørselshemmede vanlige arbeidsoppgaver på lik linje med andre. I tillegg til det vanlige arbeidet, foregår det hele tiden et ekstraarbeid “bak scenen”. For å kunne utføre de vanlige arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte, må de kompensere for sitt hørselstap (Gullacsken, 2002). Å kompensere for hørselstap og i tillegg føle kontroll i arbeidet som skal utføres krever en god del planlegging (Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004). Dette “dobbeltarbeidet” gjør at mange hørselshemmede opplever arbeidet som mentalt og fysisk anstrengende (Clausen, 2003; Glass og Elliot, 1993). Personer med hørselshemming oppgir i større grad enn normalthørende at jobben er en fysisk belastning og hørselshemmede som opplever store problemer med hørselen opplever jobben som mer fysisk anstrengende enn de som ikke har store hørselsproblemer (Eide og Gundersen, 2004). Yrkesaktive personer med hørselshemming opplever videre mer helseproblemer som hodepine og nakke- og ryggsmarter (Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004). Slike symptomer kan tenkes å være et resultat av den ekstra belastningen det er å skulle kompensere for hørselstap og i tillegg fungerer tilfredsstillende på jobb.

Stephens og Hetú (1991) hevder at kostnadene for å kompensere for hørselstapet og tilpasse seg hørselshemmingen i seg selv utgjør et handikap. De anerkjenner den belastning det er å skulle mestre en hørselsvekkelse. Å bruke strategier for å kompensere for nedsatt hørsel kan være lønnsomt på den måten at det bedrer kommunikasjon og en kan fungere som ønsket i arbeid, men disse strategiene har sin pris. Arbeidsoppgavene behøver i seg selv ikke være utsatt som følge av hørselshemming, men situasjonen endres på grunn av den ekstra innsatsen som må gjøres. Stress, utmattelse og trøtthet som resultat av å kompensere for hørselstapet kan for eksempel medføre lavere trivsel på jobb. Thomas og Gilhome Herbst (1980) rapporterte at personer med ervervet hørseltap hadde signifikant lavere trivsel på jobb enn en kontrollgruppe bestående av personer med normal hørsel. Også Eide og Gundersen (2004) fant at hørselshemmede trives dårlige på jobben. Nedsatt trivsel på jobb øker videre risikoen for psykiske problemer som angst, depresjon og nedsatt generell livskvalitet (Thomas og Gilhome Herbst, 1980).

Hørselshemmede må streve i kommunikasjon med kollegaer både i arbeidssituasjoner og på pauserommet. Vanskelighet med kommunikasjon medfører følelse av isolasjon fra kolleger

det sosiale miljøet på jobben. Noen studier påpeker nettopp følelse av isolasjon på arbeidsplassen som en vanlig konsekvens av hørselstap (Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004; Grimby og Ringdahl, 2000). Hørselshemmede, spesielt kvinner, opplever også oftere psykiske plager knyttet til jobb, som mangel på motivasjon og entusiasme. Videre opplever også noen mangel på anerkjennelse i sitt arbeid. Det vises for eksempel ved manglende støtte og oppmuntring for å utvikle sine profesjonelle ferdigheter og mangel på utfordringer (Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004).

Arbeidsplassen gir opphav til mange utfordringer for personer med hørselshemming og mange psykososiale problemer er relatert til arbeidssituasjonen. Clausen (2003) fant imidlertid at det er større forekomst av psykiske problemer hos de som er utenfor arbeidet. Det å være i jobb var i en studie assosiert med høyere selvtillit, mindre symptomer på angst, fravær av psykosomatiske symptomer og følelse av personlig harmoni. I denne studien så det ut til at personer med hørselshemming som er i fulltidsjobb kommer bedre ut i forhold til helse-relatert livskvalitet enn de som ikke er i jobb. Mest sannsynlig er jobb og velvære gjensidig fordelaktig. Å være i jobb fremmer god mental helse, samtidig som det å ha høy livskvalitet gjør det mer sannsynlig å være i full jobb (Grimby og Ringdahl, 2000). Dette er også forenelig med studier av ikke-hørselshemmede utvalg (Jin m.fl., 1995; Murphy og Athanasou, 1999). Dette tyder på at deltakelse i arbeid både kan være en risiko for opplevde problemer, og samtidig en beskyttelse mot problemer.

Mestring

Hørselshemming kan være en potensiell stressfaktor og situasjoner som oppstår som følge av vanskeligheter med kommunikasjon kan oppleves som svært belastende. I situasjoner som av personen vurderes som belastende eller stressende vil det naturlig mobiliseres mestringsstrategier. Lazarus og Folkman (1984) definerte mestring som en prosess hvor en stresskilde først må erkjennes, tilgjengelige ressurser må vurderes og en avgjørelse tas om hvilken innsats en skal gjøre. Vurdering av hver situasjon som stressende eller problematisk etterfølges altså av et valg om hvilke mestringsstrategier som skal benyttes, blant flere tilgjengelige. De ser ikke på mestring som stabile egenskaper ved mennesket avhengig av personlighet og stil, men som en stadig foranderlig prosess (Lazarus og Folkman, 1984; Livneh og Martz, 2007; Suls, David og Harvey, 1996). Definisjonen setter et skille mellom mestring og tilpasning. Tilpasning er et bredere begrep som inkluderer automatiske handlinger og rutiner. Ubevisst mestring er ifølge Lazarus og Folkman (1984) en

selvmotsigelse da det per definisjon innebærer en definerbar stresskilde og mestring er en bevisst og erkjennende reaksjon på dette.

Mestring beskrives som kontinuerlig foranderlig innsats av kognitiv prosesser og adferd for å møte spesifikke eksterne eller interne krav som er vurdert som anstrengende eller som overskrider personens ressurser. Det er en stadig skiftende prosess hvor personen i noen situasjoner baserer seg på en form for mestring og i andre situasjoner andre former for mestring. I denne definisjonen er også mestring uavhengig av utfallet. Mestring er ikke det samme som å håndtere en situasjon bra og lykkes. Heller ikke impliserer det å ikke mestre mislykkethet eller feiling. Ulike former for mestringsstrategier vil være hensiktsmessig avhengig av situasjonen og hva som er målet med mestringen (Lazarus og Folkman, 1984).

Lazarus og Folkman (1984) beskrev videre to hovedkategorier av mestringsstrategier, *problemfokuset* og *emosjonsfokuset*. Problemfokuset mestring handler om å endre eller håndtere omstendigheter i situasjonen som skaper problemet. Emosjonsfokuset mestring derimot har til hensikt å regulere den emosjonelle responsen på problemet. Ingen av dem er nødvendigvis bedre enn den andre, men har ulike mål. Studier av mestring har videre identifisert ulike mestringsstrategier som går under disse to hovedkategoriene.

Emosjonsfokuset mestring innebærer adferd som unngåelse av problemer, ønsketenkning og tendens til å bebreide seg selv. Eksempler på ønsketenkning vil være å håpe på at et under vil skje, ønske om andre egenskaper og følelser, og drømme om at den vanskelige situasjonen forsvinner. Unngåelse som mestringsstrategi innebærer å forsøke å glemme problemet, unngå å være sammen med mennesker eller unngående adferd som sove, spise eller røyke mye. Selvbekreidelse handler om å kritisere og klandre seg selv samt ta på seg ansvaret for problemet i stedet for å attribuere årsaker til ytre omstendigheter. Problemfokuset mestring er på den andre siden en mer aktiv tilnærming til problemer og gjenspeiler gjerne en positiv holding og målrettet og problem-løsende adferd. En annen mestringsstrategi som ofte studeres er å søke sosial støtte. Det vil si en form for mestring av stressende situasjoner hvor en uttrykker emosjonelle reaksjoner og søker støtte hos andre. Dette er en form for mestring som kan være både emosjonsfokuset og problemfokuset (Falkum, Olff og Aasland, 1997; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro og Becker, 1985).

Hørselshemming og mestring

En vanlig del av rehabiliteringen og mestring av et hørselstap er bruk av høreapparat og andre høretekniske hjelpemidler. Det å ha høreapparat er ikke nødvendigvis tilstrekkelig for god

kommunikasjon og ikke alle har like stort utbytte av det. En studie fant at personer som tidligere hadde brukt høreapparat rapporterte at hørselstapet var mer alvorlig enn de som ikke hadde erfaring med høreapparat. En mulig forklaring på dette er at de som har høreapparat i større grad er klar over sitt handikap, da de opplever forskjellen på å ha høreapparat på og av (Helvik m.fl., 2006b). En annen mulig forklaring er imidlertid at det har gitt en opplevelse av at høreapparat ikke gir hørselen tilbake. Det å få erfaringer med at høreapparat ikke alltid er til nytte i alle situasjoner, at det kan forsterke ubehagelig støy og at det kan være krevende å venne seg til høreapparat kan være demotiverende (Peterson, 2009). Denne oppgaven vil ikke videre fokuserer på tekniske hjelpemidler, men andre former for mestringsstrategier.

En del mestringsstrategier er direkte relatert til nedsatt hørsel og vanskeligheter med kommunikasjon. I forlengelsen av det er begrepet mestring blitt brukt ekvivalent til kommunikasjonsstrategier og ubehag eller stress knyttet til situasjoner hvor kommunikasjon mislykkes. Altså er en del kommunikasjonstaktikker blitt betegnet som mestringsstrategier i forskningen (Andersson og Willebrand, 2003). Denne studien tar for seg både mestringsstrategier knyttet til det å være hørselshemmet generelt og mestringsstrategier spesielt knyttet til kommunikasjon.

Ulike mestringsstrategier knyttet til kommunikasjon

En del strategier dreier seg om å kompensere for manglende hørsel. Dette innebærer fysiske og mentale anstrengelser for å bidra til at kommunikasjonen blir effektiv. Strategier for å mestre kommunikasjonssituasjoner kan være å bruke visuell informasjon som å lese ansiktsuttrykk og leppebevegelser. Andre strategier for å kompensere for nedsatt hørsel går ut på å legge til rette for et optimalt kommunikasjonsmiljø. Eksempler på strategier for å tilrettelegge miljøet kan være å sørge for å se ansiktet til den som snakker, stille seg riktig i forhold til lys og eliminere lydkilder som kan være forstyrrende (Hallam m.fl., 2007; Kjeka, 2007; Kvam og Tingvold, 2004). Dette er strategier som krever mye konsentrasjon og kognitiv kapasitet. Det kan også kreve en del planlegging. I forkant av et viktig møte vil en person med hørselshemming for eksempel sørge for å få en optimal plass i rommet.

Andre strategier involverer i større grad andre personer. For eksempel kan det være å be andre om få din oppmerksomhet før de snakker til deg. Noen vil alliere seg med andre personer for å sørge for å oppfatte det som blir sagt, for eksempel ved å be om å få låne notater eller spørre sidemannen på et møte om en oppsummering av diskusjonen. For å kunne ha effektiv kommunikasjon vil også mange instruere sine samtalepartnere til å snakke høyere og

tydeligere (Hallam m.fl., 2007; Kvam og Tingvold, 2004, Kjeka, 2007). Omgivelsenes mulighet til selv å ta kompensatoriske forholdsregler begrenses av at hørselshemming ofte ikke er synlig for omverdenen. Det innebærer at den hørselshemmede selv må ta initiativ og aktivt gjøre oppmerksom på sin funksjonsnedsettelse og instruere omgivelsene (Clausen, 2003). Lind og medarbeider (2004) analyserte samtaler mellom hørselshemmede og en kjent, hørende samtalepartner. Forsøkspersonene med hørselshemming skilte seg signifikant fra de ikke-hørselshemmede på ett område. Da det oppstod et brudd i samtalen mens det var den andre som snakket, initierte den hørselshemmede oftere en reparasjon i samtalen og ba den andre om hjelp for å oppklare. Et eksempel på dette kan være at personen med hørselshemming sier jeg hørte ikke helt, kan du gjenta og samtalepartneren gjentar utsagnet. Denne studien fant at personer med hørselshemming stadig må be sin samtalepartner om hjelp for å opprettholde en konversasjon. Hallam og medarbeidere (2007) fant også at hørselshemmede oftere enn hørende ber om gjentakelse eller oppklaring i samtale.

Strategier som involverer andre forutsetter en åpenhet om egen hørselshemming. I noen studier har åpenhet blitt fremhevet som svært viktig når det gjelder å mestre hørselshemming. Informantene i undersøkelsen til Kvam og Tingvold (2004) så på det å være åpen om sin hørselshemming som en forutsetning for å fungere godt i arbeidslivet. Det å få god informasjon om eget handikap og kunne formidle dette videre og være åpen mot sine kollegaer ble betraktet som mer betydningsfullt enn tilrettelegging med tekniske hjelpemidler. For flere var imidlertid prosessen med å erkjenne sitt handikap en lang og tung prosess. Erkjennelse og åpenhet ble beskrevet som en ny start. Åpenhet ansees som en viktig mestringsstrategi og som en ressurs. Det å kunne være åpen og gi informasjon til andre om sin hørselshemming fremmer sosial støtte i form av forståelse og hensyn (Berg, 2005; Kjeka, 2007; Kvam og Tingvold, 2004; Lorentzen og Berge, 2003). Det er imidlertid ikke alltid gitt at åpenhet bidrar til støtte og forståelse. Å fortelle om sin hørselshemming og gi informasjon om behov medfører ikke nødvendigvis at personer rundt tar de nødvendige hensyn. Å bli avvist kan være sårende. Mange glemmer seg også fort og den hørselshemmede blir nødt til å minne andre på situasjonen gjentatte ganger (Kvam og Tingvold, 2004; Lorentzen og Berge, 2003).

Strategiene som er presentert så langt, er eksempler på problemfokuserte mestringsstrategier. De har til hensikt å bedre kommunikasjon ved å aktivt eliminere problemer eller gjøre endringer for at problemer med hørselen blir mindre. Alternativer til slike aktive, tilnærmende

og til dels utadrettet mestringsstrategiene er mer unngående strategier. Personer med hørselshemming velger oftere enn hørende unngåelse når kommunikasjon blir vanskelig. Det kan for eksempel være å late som en forstår hva som blir sagt, ikke prøve å forstå, forlate samtalen eller unngå samtaler generelt (Hallam m.fl., 2007).

Den tunghørte ferjemannen som sier ”*God dag man økseskaft*” er et eksempel på det å late som en forstår hva som blir sagt og svare deretter. Folkeeventyret uttrykket har opphav fra, ender ikke godt og strategien en negativt ladet. En samtale med en hørselshemmet person som later som han forstår hva som blir sagt, kan være frustrerende og ubehagelig. Et dilemma oppstår, og et valg må tas om hva som er viktigst i samtalen. Om det er å sikre seg adekvat oppfattelse av hva som blir sagt eller å unngå ubehag for begge parter i relasjonen.

Misoppfattelsene blir imidlertid langt i fra alltid oppdaget og fra den hørselshemmedes perspektiv kan strategien tjene sin hensikt oftere enn den mislykkes (Peterson, 2009). Det å late som en hører det som blir sagt vil kunne redusere ubehag for den hørselshemmede ved å slippe å be om stadig gjentakelse. Jaworski og Stephens (1998) argumenterer for en slik positiv forståelse av unngåelsesstrategier. I tilfeller hvor målet for samtalen er av en sosial karakter heller enn utveksling av informasjon, kan det å late som en forstår hva som blir sagt være lønnsomt da det kan bidra til å unngå uheldige sosiale konsekvenser. Andre strategier innebærer å unngå situasjoner hvor nedsatt hørsel vil være et problem eller etablere strategier for å avbryte en samtale når det oppstår problemer (Hallam m.fl., 2007; Kvam og Tingvold, 2004). Unngåelsesstrategier er eksempler på emosjonsfokusert mestring, da det har til hensikt å regulere den emosjonelle responsen på problemet heller enn å løse og håndtere selve problemet.

“Any totally deaf person, skilled or unskilled, who works alone or in an environment that minimizes the need for difficult communication, minimizes the problem caused by his disability” (Ashley, 1985, s. 62.)

Sitatet er hentet fra en tekst skrevet av en person med hørselshemming og referer nettopp til unngåelse som strategi. Å unngå situasjoner hvor det oppstår utfordringer vil gjøre problemet mindre synlig. Spørsmålet er om dette er en hensiktsmessig strategi på lang sikt.

Mestringsstrategier og psykiske plager

Flere studier kartlegger taktikker eller strategier som brukes for å kompensere for hørsel og optimalisere kommunikasjon, men færre studier undersøker utfallet av slik mestring. Det er

ikke gitt at mestring er vellykket. Selv om mestring i seg selv ikke regnes for å være adaptivt, har enkelte mestringsstrategier blitt sett på som mer hensiktsmessige enn andre. For eksempel gjelder dette tilnærmende og aktive mestringsstrategier som problemløsning. Andre strategier, som for eksempel unngåelse, regnes for å være mer uhensiktsmessige (Andersson og Willebrand, 2003). Å vurdere utfallet eller vellykkethet av ulike mestringsstrategier kan etter Lazarus og Folkmans (1984) definisjon av mestring være meningsløst, da vellykkethet er en subjektiv vurdering og mestring er kontinuerlig skiftende fra situasjon til situasjon. Noen studier handler om sammenhengen mellom bruk av ulike mestringsstrategier og mentalt stress eller symptomer på psykiske lidelser. Dette kan gi indikasjoner om hvilke mestringsstrategier som på lang sikt er hensiktsmessige og hvilke som ikke er hensiktsmessige. Strategier som i den enkelte situasjonen er verdifulle fordi de bidrar til å redusere stress kan ha uheldige konsekvenser på lang sikt. Unngåelse kan for eksempel være nyttig for ikke å bli overveldet av stress. På lang sikt er det imidlertid antatt mer hensiktsmessig med tilnærmende strategier (Suls og Fletcher, 1985).

Hallam og medarbeidere (2007) undersøkte mestringsstrategier hos 22 personer med ervervet alvorlig hørselstap i alderen 25-78 år (gjennomsnittlig 54 år). På bakgrunn av symptomer på angst, depresjon, sosialt handikap forbundet med hørselstap og post-traumatisk stress ble gruppen delt i to, 15 som var emosjonelt stabile og sju som var emosjonelt ustabile. Emosjonsfokuserte mestringsstrategier knyttet til situasjonen som hørselshemmet var forbundet med psykiske problemer. Både de emosjonelt stabile personene og de emosjonelt ustabile benyttet seg i like stor grad av problemfokuserte mestringsstrategier og søkte i like stor grad sosial støtte. Det som skilte disse to gruppene var at de med emosjonelle vansker i mye større grad, på et statistisk signifikant nivå, benyttet strategier som unngåelse, selvbebreidelse og ønsketenkning (Hallam m.fl., 2007). Disse mestringsstrategiene har også vist seg å være assosiert med depresjon hos personer som ikke har hørselshemming (Vitaliano m.fl., 1985) og er generelt antatt å ha uheldige konsekvenser på lang sikt (Andersson og Willebrand, 2003; Sulz og Fletcher, 1985). Problemfokuseret mestring var i utvalget til Hallam og medarbeidere (2007) ikke forbundet med mindre psykiske plager på tross av at slik mestring hovedsakelig er forbundet med god mental helse i litteraturen og forskningen (Andersson og Willebrand, 2003; Hynes, Callan, Terry og Gallois, 1992; Lapierre og Allan, 2006; Sullivan m.fl., 1988; Sulz og Fletcher, 1985; Vitaliano m.fl., 1985;).

Hallam og medarbeidere (2007) undersøkte også kommunikasjonstaktikker blant deres

informanter. Emosjonelt stabile og emosjonelt ustabile personer med alvorlig ervervet hørselstap ble sammenlignet i bruk av mestringsstrategier benyttet når kommunikasjon blir problematisk med spørreskjemaet “Conversation tactics checklist”. Både emosjonelt stabile personer og de med psykiske plager benyttet seg i like stor grad såkalte hensiktsmessige strategier som å optimalisere miljøet og initiere reparasjon av brudd i samtale. Det som skilte disse to gruppene var at de med emosjonelle plager i mye større grad benyttet unngåelse som strategi (gjennomsnittlig responser på 2,0 og 1,29).

The “Communication strategies scale” (CSS) er et spørreskjema som kartlegger ulike mestringsstrategier knyttet til kommunikasjon og er basert på en antakelse om at visse strategier er adaptive og andre er maladaptive avhengig av hvilken effekt de har på kommunikasjonsprosessen. Skalaen er en del av det større spørreskjemaet “Communication profile for the hearing impaired” (CPHI) og er mye brukt i forskning på personer med hørselshemming og tilpasning til hørselstap. Antakelsen er at det finnes to typer kategorier av mestringsstrategier, henholdsvis *non-verbale* og *verbale strategier*, som virker positivt på kommunikasjonsprosessen og som fremmer effektive samtaler. Verbale strategier inkluderer adferd som å be andre repetere eller snakke høyere eller fortelle andre om sitt hørselstap. Det involverer altså andre personer og forutsetter en åpenhet om hørselsproblemene. Non-verbale strategier inkluderer ikke andre personer, men referer til adferd som å posisjonere seg riktig i forhold til lyd og lys og forsøke å lese på leppene. Det er innsats den hørselshemmede selv kan gjøre uten hjelp av andre. Den tredje kategorien av mestringsstrategier inkluderer adferd som å late som en forstår hva som blir sagt, dominere en samtale for ikke å bli avslørt, være stille under samtalen eller unngå kommunikasjon. Disse strategiene antas å ha negativ innvirkning på kommunikasjonsprosessen og omtales derfor som *maladaptive strategier* (Demorest og Erdman, 1987; Helvik, Thurmer, Jacobsen, Bratt og Hallberg, 2007).

Mindre bruk av maladaptive strategier ser ut til å være forbundet med bedre mental helse. Helvik og medarbeidere (2006a) fant i sin studie av 343 voksne i alderen 21-94 år med hørselstap på gjennomsnittlig 43 dB at maladaptive strategier korrelerte lavt men signifikant med psykologisk generell livskvalitet (.21, $p < .01$). Det vil si at personer som i liten grad brukte slike strategier hadde økt velvære, selvkontroll og vitalitet samt mindre symptomer på angst og depresjon. De strategiene som var antatt å ha en positiv effekt på kommunikasjon hadde ikke sammenheng med mental helse. En annen studie derimot, så en tendens til at mindre bruk av maladaptive strategier og hyppigere bruk av de to øvrige var forbundet med

færre symptomer på depresjon, sosial angst og ensomhet (Knutson og Lansing, 1990).

Tidligere studier viser altså at bruk av emosjonsfokuserte mestringsstrategier er forbundet med økt forekomst av psykiske lidelser. Spesielt er unngåelse antatt å være uhensiktsmessig på lang sikt. Unngåelsesstrategier i kommunikasjonssituasjoner har vist en klar sammenheng med nedsatt mental helse. Problemfokustert mestring er på den andre siden hovedsakelig forbundet med god mental helse. I noen studier av personer med hørselshemming er imidlertid denne sammenhengen mindre tydelig. Når det gjelder problemfokuserte strategier og strategier som fremmer effektiv kommunikasjon er det litt uklart om disse har en sammenheng med mindre psykiske plager eller om disse forekommer like ofte hos personer med både god og dårlig mental helse blant hørselshemmede. Det mangler fortsatt kunnskap om sammenhengen mellom mestringsstrategier og psykiske vansker hos personer med ervervet hørselstap.

Hørselshemming utgjør en risiko for en rekke psykososiale konsekvenser og personer med hørselshemming har lavere forutsetninger for å bli i arbeidslivet. De som blir i arbeid opplever mange utfordringer der, både sosiale, psykiske og fysiske. Ikke alle som har en hørselshemming opplever problemer som beskrevet i denne teksten. Kunnskap om mestringsstrategier i er viktig i møte med de personene som faktisk opplever problemer. Videre er den yrkesaktive gruppen av spesiell interesse da mange utfordringer er knyttet til arbeidshverdagen (Clausen, 2003; Coniavit Gellerstedt og Danermark, 2004; Gullacksen, 2002). Studier av personer med hørselshemming inkluderer gjerne et stort spekter med tanke på grad av hørselstap (f.eks. Clausen, 2003; Eide og Gundersen, 2004; Helvik m.fl., 2006a; Kvam og Tingvold, 2004) og tidligere studier av mestring og hørselstap inkluderer både personer i og utenfor arbeidslivet, hovedsakelig utenfor (Hallam m.fl. 2007, Knutson og Lansing, 1990). Det finnes enda ikke nok kunnskap om mestring blant de som har store hørselsvansker og i tillegg er i arbeid. Denne oppgaven retter seg derfor utelukkende mot personer som er i arbeid og som opplever betydelige problemer knyttet til hørselstapet.

Studien

Målet med denne oppgaven er å undersøke sammenhengen mellom ulike typer mestringsstrategier og psykiske plager hos personer med ervervet hørselshemming. Mestringsstrategiene er særlig knyttet til situasjoner der tap av hørsel gjør at kommunikasjon blir vanskelig. Denne kunnskapen er viktig med henblikk på å forebygge utvikling av psykiske lidelser og fravær fra arbeidslivet.

Utvalget består av personer som er i arbeid og som har et ønske om å bli værende der. De søker aktivt hjelp for mestring av sitt hørselstap og er rekruttert nettopp fra et kurs rettet mot yrkesaktive hørselshemmede. Personene har uttalte problemer med hørselen knyttet til arbeid. De har ikke gitt opp, tross at de opplever store problemer med hørselen og er villige til å gjøre det nødvendige for å mestre sine utfordringer. Antakelsen er at informantene i studien representerer en gruppe personer som har en viss mestring, men som allikevel opplever en del problemer. Det forventes derfor at personene bruker mye mestringsstrategier. Det vil også i studien undersøkes forekomst av psykiske plager.

Studien baseres på spørreskjemaer om audiologisk informasjon, mestringsstrategier og mental helse (symptomer på angst og depresjon). Å studere sammenhengen mellom ulike mestringsstrategier, symptomer på angst og depresjon samt egen rapportering om problemer og behov knyttet til hørselen kan gi holdepunkter for hvilke typer mestring som er funksjonelle for personer i arbeid som strever med problemer knyttet til hørsel.

Problemstillinger og hypoteser

Hovedproblemstillingen i denne studien er:

Hva slags sammenheng er det mellom ulike typer mestringsstrategier og psykiske plager hos personer med ervervet hørselshemming som er i arbeid?

Ut i fra litteraturen er det formulert fire hypoteser som omhandler sammenhengen mellom strategier og psykiske plager:

Hypotese 1: Bruk av emosjonsfokuserte mestringsstrategier er forbundet med høyere forekomst av psykiske plager.

Hypotese 2: Bruk av problemfokuserte mestringsstrategier er forbundet med lavere forekomst av psykiske plager.

Hypotese 3: Mestringsstrategier som fremmer effektiv kommunikasjon er forbundet med lavere forekomst av psykiske plager

Hypotese 4: Mestringsstrategier som hindrer effektiv kommunikasjon (unngåelse) er forbundet med høyere forekomst av psykiske plager.

Metode

Prosjektet

Datainnsamlingen er en del av et større prosjekt ved stipendiat Katharine Peterson ved Nasjonalt Senter for Hørsel og Psykisk helse (NSHP) (se www.katharinepeterson.no).

Dataene er samlet inn for å danne grunnlaget for senere styrkeberegning. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Personer

Utvalget består av 26 personer med hørselshemming, 25 kvinner, 1 mann. Alle var deltakere ved kurset «Behold jobben» ved Briskeby skole og kompetansesenter i perioden 2007 til 2010. Briskeby skole og kompetansesenter er et landsdekkende kompetansesenter for tunghørte og er en del av det statlige spesialpedagogiske støttesystemet for hørselshemmede. Briskeby eies av Hørselshemmedes Landsforbund (HLF) og tilbyr en rekke kurs for elever, lærere og voksne med ulike former for hørselshemming. "Behold jobben" er et kurs rettet mot personer med ervervet hørselstap i yrkesaktiv alder (Briskeby, 2011). To representanter fra NSHP, Hege Saltnes (psykiater) og Maj Volden (psykologspesialist) deltok på kurset som foredragsholdere. De har i den anledning informert om studien og forespurt om deltakelse.

Deltakerne på kurset kommer fra hele landet. Diagnostisert hørselstap er en forutsetning for å delta og grad av hørselshemming varierer blant deltakerne. På til sammen tre kurskull ble totalt 42 personer spurt om å delta. Av disse deltok 37 personer (88 %) i undersøkelsen. Elleve av dem ble ekskludert fra analysene på grunn av manglende informasjon.

Instrumenter

Ways of coping checklist

Ways of coping checklist (WCCL) ble opprinnelig utviklet av Lazarus og Folkman i 1980 og måler adferd og kognitive strategier som en person kan bruke i stressende situasjoner. Den originale versjonen inneholder 68 spørsmål som fordeler seg på to skalaer, problemfokusert og emosjonsfokusert mestring (Falkum m.fl., 1997). I dag er den reviderte versjonen til Vitaliano og medarbeidere (1985) en av de mest brukte måleinstrument for mestring. Skalaen for emosjonsfokusert mestring er delt opp og spørreskjemaet kartlegger nå fem ulike typer strategier. Dette inkluderer *problemfokusert mestring*, *søke sosial støtte*, *selvbebreidelse*, *ønsketenkning* og *unngåelse*. Informantene blir bedt om å angi hvor sannsynlig det er at de

bruker de ulike strategiene som respons på en gitt stressfaktor, som i dette tilfellet er hørselshemming. Responskategoriene er i standard Likert-format; *Passer ikke* (1), *passer mindre godt* (2), *både og* (3), *passer ganske godt* (4) og *passer svært godt* (5) (Falkum m.fl., 1997). Ifølge Vitaliano og medarbeidere (1985) har WCCL gode psykometriske egenskaper med gjennomsnittlig Cronbachs Alpha på 0,81, delt varians på 23 prosent mellom skalaene og ingen påvirkning av alder eller utdanningsnivå. I denne studien er det funnet en gjennomsnittlig Cronbachs Alpha koeffisient på 0,78, varierende fra 0,60 til 0,90. Skalaen for unngåelse hadde laveste verdi og problemfokuset mestring den høyeste.

Det benyttes her en norsk oversettelse av skjemaet (Falkum m.fl., 1997).

The hospital anxiety and depression scale

The hospital anxiety and depression scale (HAD) ble utviklet av Zigmond og Snaith (1983) i den hensikt å identifisere angst og depresjon hos medisinske pasienter. HAD har særdeles gode screening-egenskaper og har vist seg å være et valid instrument. Skjemaet korrelerer høyt med andre lengre og mer omfattende spørreskjema som General Health Questionnaire, Becks depression inventory, SCL-90 (Bjelland, Dahl, Haug og Neckelmann, 2002), Glasgow Health status Inventory og Los Angeles symptom checklist (Hallam m.fl., 2007). Da den opprinnelige hensikten med skjemaet var å identifisere angst og depresjon hos medisinske pasienter ble enkelte symptomer med somatisk referanse utelatt fra spørreskjemaet. Enkelte symptomer ved angst og depresjon kan relateres til somatisk sykdom og for å skille dette fra psykisk lidelse er slike symptomer ekskludert. Dette innebærer at det ikke spørres om symptomer som f.eks. svimmelhet og hodepine. Som et resultat av dette har HAD vist seg å ikke la seg påvirke av fysisk sykdom. Videre er også spørsmål som kan relateres til alvorlig psykisk lidelse som psykose og suicidalitet utelatt (Zigmond og Snaith, 1983).

HAD består av to skalaer, en depresjonsskala (HAD-D) og en angstskaala (HAD-A). Flere studier støtter denne to-faktor strukturen. De to skalaene korrelerer også høyt, noe som sammenfaller med høy forekomst av komorbiditet av angst og depresjon (Bjelland m.fl., 2002; Mykletun, Stordal og Dahl, 2001). Angst og depresjonsskalene korrelerer også i denne studien (0,81, $p=.01$). Begge skalaene har høy indre konsistens, med verdier av Cronbachs koeffisient på 0,80 (angst) og 0,76 (depresjon) (Mylketun m.fl., 2001). I denne studien var Cronbachs Alpha for depresjonsskalaen 0,86 og angstskaalaen er 0,93.

Spørreskjemaet består av 14 utsagn og svarkategoriene referer til frekvens og er tilpasset for

hvert enkelt utsagn. Det er anbefalt en grenseskåre for mulige tilfeller (≥ 8 , på hver skala) og klare tilfeller (≥ 11 , på hver skala) av angst og depresjon (Zigmond og Snaith, 1983). Ifølge Bjelland og medarbeideres (2002) gjennomgang av 747 artikler som benytter HAD gir en grenseskåre på åtte på begge underskalaene optimal balanse mellom spesifisitet og sensitivitet, på lik linje med General Health Questionnaire. HAD ble i utgangspunktet utviklet for å identifisere tilfeller av klinisk signifikant angst og depresjon hos pasienter ved medisinske klinikker. Den har senere vist seg å være gjeldende også på den generelle populasjon og på pasienter i psykisk helsevern (Bjelland m.fl., 2002). I tillegg til at HAD er et valid instrument for å undersøke tilstedeværelse av klinisk signifikant angst og depresjon, har det også vist seg å være et nyttig verktøy for å kartlegge endringer i pasientens emosjonelle tilstand (Zigmond og Snaith, 1983).

Det benyttes her en norsk oversettelse ved Mykletun og medarbeidere (2001). Se vedlegg C.

Conversation tactics checklist

Conversation tactics checklist (CONV) er et spørreskjema med 54 spørsmål som kartlegger bruk av kommunikasjonsstrategier en benytter seg av når konversasjon blir vanskelig, som når den ene samtalepartneren har et hørselstap. Noen av taktikkene er rettet mot den hørende samtalepartneren. Responskategoriene refererer til frekvens: *stemmer sjeldent eller aldri* (1), *stemmer av og til eller iblant* (2), *stemmer ofte eller ganske ofte* (3), *stemmer vanligvis eller nesten alltid* (4) (Hallam m.fl., 2007).

De ulike strategiene er; 1) *Fasilitere* - lette kommunikasjon og legge til rette i kommunikasjonsmiljøet, som for eksempel ved å fjerne forstyrrende lyder og sette seg nærmere samtalepartneren. 2) *Alternativ* - bruke alternativ kommunikasjon som tegnspråk, gester, skriving. 3) *Optimalisere* - optimaliserer sensorisk og kontekstuell informasjon som er tilgjengelig som for eksempel å be om å få se ansiktet til den som snakker eller be om tema for samtalen. 4) *Metakommunikasjon* - benytte seg av metakommunikative evner til å organiserer tanker, tolke det som har blitt sagt, konstruerer det som skal sies og sørge for at beskjeden kommer frem. 5) *Initiere reparasjon* - forsøker å reparere brudd i kommunikasjonen hvis samtalen har mislykkes ved å be samtalepartneren repeterer eller endrer deres måte å kommunisere. 6) *Reparere* - repeterer eller endre måte å si noe på (denne strategien er hovedsakelig rettet mot den hørende samtalepartneren). 7) *Non-verbale tegn* - bruke non-verbal tegn for å tvinge samtalepartneren til å gjøre endringer som for eksempel å se irritert ut hvis ikke forstår. 8) *Unngåelse* - unngå kommunikasjon, eller flykter fra en

samtale når vanskeligheter oppstår og unngår å reparere når samtalen bryter sammen (Hallam m.fl., 2007). De første seks strategiene ligner strategier som i litteraturen er omtalt som adaptive da de fremmer effektiv kommunikasjon. De to sistnevnte har ikke denne effekten på kommunikasjon, og unngåelse tilsvarende maladaptive strategier.

Spørreskjemaet er oversatt til norsk av stipendiat Katharine Peterson.

I denne studien hadde de skalaene med minst 9 ledd en Cronbachs Alpha koeffisient på mer enn 0,70 og gjennomsnittlig 0,77. Koeffisienten er sårbar for antall ledd i en skala og er derfor ikke alltid egnet for mål for reliabilitet for skalaer med mindre enn 10 ledd (Briggs og Cheek, 1986). Av de totalt åtte skalaene hadde fire skalaer færre enn 6 ledd. Av dem hadde tre av skalaene en gjennomsnittlig Cronbachs Alpha verdi på 0,61. Gjennomsnittlig korrelasjon mellom leddene i skalaene var på 0,27, 0,26 og 0,33. Dette er innenfor hva som er anbefalt som optimale verdier for inter-item korrelasjon (Briggs og Cheek, 1986). Således vurderes spørreskjemaet å ha høy intern konsistens. Den siste skalaen, non-verbale tegn, har ikke intern konsistens. Denne skalaen er av den grunn ikke videre inkludert i studien.

Spørsmål om hørselssituasjon

Skjemaet er utarbeidet av stipendiat Katharine Peterson i forbindelse med det overnevnte prosjektet.

Spørreskjemaet inneholder spørsmål knyttet til hørselstapet som for eksempel varighet, grad av opplevde hørselsproblemer og tinnitus (se vedlegg D).

Prosedyre

Studien innebar utfylling av i alt fire spørreskjemaer. Deltakerne ble informert muntlig om hensikten med prosjektet. Spørreskjemaene ble gitt ut ved første kurssamling og skriftlig informert samtykke ble innhentet. Deltakerne fylte ut skjemaene hjemme og leverte de ved påfølgende kurssamling. Skjemaene ble levert inn anonymt, med unntak av tilfeller hvor informantene ønsket videre samtale om spørreskjemaene og aktuelle tema (se etikk).

Analyser

Analysene ble gjort i PASW Statistics Data Editor 18.

Etikk

Deltakelse i studier som innebærer spørsmål om mental helse og stressende livsopplevelser,

som i dette tilfellet var hørselsrelaterte problemer, kan oppleves belastende. Spørsmålene omhandler deltakernes hverdagsliv og hvordan de håndterer sine utfordringer. Ved utfylling bevisstgjøres personene sin egen situasjon, reaksjoner og mestringsstrategier. Utformingen av skjemaene kan således utløse emosjonelle reaksjoner.

Informantene fikk tilbud om tilbakemelding på skjemaene og mulighet for en lengre samtale med stipendiat/psykologspesialist Peterson. De som ønsket dette ble bedt om å levere inn kontaktinformasjon sammen med spørreskjemaene. Spørreskjemaene ble for de aktuelle informantene anonymisert i etterkant av denne samtalen.

Resultat

Deskriptive statistikk

Beskrivelse av utvalget

Utvalget er beskrevet i tabell 1. Det består av 26 hørselshemmede personer, 25 kvinner, 1 mann. Alder varierte fra 26 til 65 år, gjennomsnittlig alder var 49,5 år (SD 9,5). Med unntak av én informant som var student, var alle i lønnet arbeid. Denne informanten inkluderes i studien da det antas å være store likheter mellom utfordringer i en arbeidshverdag og i en studiehverdag. Ti personer (38,5 %) jobbet 100 prosent. Av de som jobbet deltid, rapporterte to personer at de i tillegg studerte. En person som jobbet deltid rapporterte samtidig å være hjemmeværende. Fire personer var sykmeldt på det aktuelle tidspunktet.

Informantene ble spurt om å oppgi hørseltap i dB. Kun én informant oppga dette, og informasjon om hørselstap inngår dermed ikke i analysene. Dette betyr at selvrapportering ikke er en egnet metode for å få informasjon om hørselstapet i dB. Alternativet ville være å gjennomføre audiometrisk testing av informantene, noe som ville overskride omfanget av denne oppgaven. På spørsmålet “Ut fra din egen oppfatning og ut fra kommentarer fra andre: Hvordan vil du beskrive dine hørselsproblem?” svarte 15 (57,7 %) at hørselsproblemene var store eller svært store. Ti personer (38,5 %) svarte at de hadde middels store problemer knyttet til hørselen. Gjennomsnittlig varighet av hørselstapet var i overkant av 22 år. Her var det imidlertid stor variasjon. I alt sju personer (26,9 %) rapporterer å ha hatt problemer med hørselen fra før de fylte tre år. Gjennomsnittlig alder da problemer med hørselen inntraff, var 27,4 år (SD 19,28).

Av de 26 informantene mente 21 (84 %) at deres arbeidsevne var betydelig nedsatt som følge

av hørselshemmingen (svært mye, mye eller middels nedsatt). De fleste (n=24) rapporterte et økt behov for hvile som følge av hørselshemmingen, i middels, stor eller svært stor grad.

Samlet rapporterte altså informantene om en del plager i forbindelse med hørselstapet.

Samtlige hadde gjort arbeidsplassen oppmerksom på sin hørselshemming. Seks informanter hadde tidligere vært på kurs for yrkesaktive hørselshemmede og seks hadde vært på tegnspråkkurs. Videre rapporterer fem personer at de av og til bruker tegnstøtte eller tegnspråk. Av de totalt 26 informantene hadde 25 høreapparat.

Tolv av informantene (46,2 %) rapporterte å ha tinnitus, og åtte informanter (30,8 %) var plaget av svimmelhet.

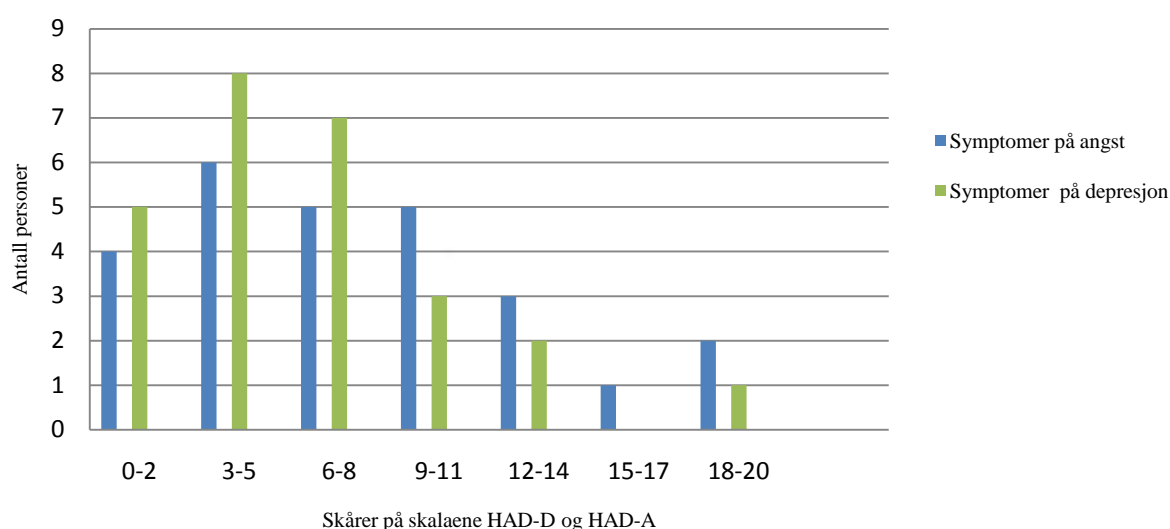
Tabell 1. Beskrivelse av utvalget til studien (n=26)

<i>Demografi</i>	
	gjennomsnitt (SD)
Alder i år	49,5 (9,5)
Varighet av hørselsproblemer i år	22,5 (16,97)
	N (% av total)
Kvinner	25 (96,2)
Menn	1 (3,8)
Nivå av utdanning	
- Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 åring videregående.	3 (11,5)
- Artium, øk.gymnas, allmenngaflig retning videregående	3 (11,5)
- Høyskole/Universitet mindre enn 4 år	9 (34,6)
- Høyskole/Universitet 4 år eller mer	11 (42,3)
Arbeid	
-I arbeid	25 (96,2)
-Student eller i militærtjeneste	3 (11,54)
Arbeidsprosent (n=25)	
- <75	6 (23,1)
- ≥ 75	15 (57,7)
-Ikke oppgitt	5 (19,2)
<i>Audiologisk</i>	
Har høreapparat	25 (96,2)
Grad av opplevde problemer med hørselen	
-Små	0 (0)
-Middels	10 (38,6)
-Store	14 (53,8)
-Svært store	1 (3,8)
-Ikke oppgitt	1 (3,8)

Depresjon og angst

Gjennomsnittlig total skåre for angst og depresjon var 14,1 (SD 9,6). Figur 1 viser fordelingen av skårene på de to skalaene i HAD. Distribusjonen av skårer er tilnærmet normalfordelt. De fleste informantene befinner seg på den lavere enden og midten av skalaen for symptomer på angst og depresjon. Det er altså en skjevhet i fordelingen. Gjennomsnittlig skåre på depresjonskalaen var 6,21 (SD 4,5) og 7,88 (SD 5,3) på angstskaalen.

Figur 1. Distribusjon av symptomer på angst og depresjon (n = 26).



Ifølge tidligere studier representerer en skåre på 8 eller mer på hver av de to skalaene i HAD sannsynlig tilfelle av psykisk forstyrrelse (Bjelland m.fl., 2002; Zigmond og Snaith, 1983). Åtte personer (30,8 %) hadde en sumskåre på åtte eller mer på depresjonsskalaen og 12 (46,2 %) hadde åtte eller mer på angstskaalen. Ifølge disse kriteriene fylte til sammen 13 personer (50 %) kriterie for depresjon, angst eller begge. Det vil si at en person kun hadde symptomer på depresjon over grenseskåren på åtte, fem personer hadde symptomer på angst og sju personer hadde symptomer på både depresjon og angst over grenseskåren. Klare tilfeller av psykiske lidelse kan ifølge Zigmond og Snaith (1983) identifiseres ut i fra en skåre på over ti på hver av de to skalaene. Til sammen fyller åtte personer (30,8 %) disse kriteriene, Dette inkluderer fem tilfeller av depresjon (19,2 %) og seks tilfeller av angst (23,1 %). Dette betyr at to av informantene kan sies ha depresjon, tre har angst og tre har mange symptomer på både

depresjon og angst.

Samlet sett ligger gruppen gjennomsnittlig under den etablerte grenseskåren for identifisering av mulige kliniske tilfeller av angst og depresjon. Halvparten av informantene skårer allikevel over grenseskåren på en eller begge underskalaene i HAD. Dette betyr at det er 13 mulige tilfeller av angst/og eller depresjon i dette utvalget. Nesten en tredjedel ($n = 8$) av utvalget kan med sies å ha klinisk signifikante psykiske plager.

Mestringsstrategier

Se vedlegg A for distribusjon av skårer i WCCL. Problemfokuset mestringsstrategi og søke sosial støtte hadde høyest gjennomsnittlige skårer, henholdsvis 3,22 og 3,16. De fleste svarte “både og” eller “passer ganske godt” på disse strategiene. De øvrige tre (ønsketenkning, selvbekreftelse og unngåelse) hadde gjennomsnittlige skårer som varierte fra 2,74 til 2,80. De fire enkelte strategiene som ble rapportert mest brukt var “Forandrer deg eller vokser som menneske på en god måte”(problemfokuset mestringsstrategi) “Skulle ønske du var sterkere- mer optimistisk og hadde mer krefter” (ønsketenkning), “Forsøker å holde følelsene for deg selv” (unngåelse) og “Tenker på noe fantastisk eller utrolig som kunne skje som fikk deg til å føle deg bedre”(ønsketenkning).

Vedlegg B viser distribusjon av skårer i CONV. Fasilitere kommunikasjon var den av kategoriene av kommunikasjonsstrategier som ble mest brukt, med en gjennomsnittlig skåre på 2,89. Også optimaliserer kommunikasjonsmiljøet var mye brukt (gj.snittlig 2,76). Alle kategoriene av kommunikasjonstaktikker, med unntak av alternativ som hadde en lavere gjennomsnittlig skåre, hadde en gjennomsnittlig skåre på mellom 2 og 3. Det vil si mellom responsene “stemmer av og til eller iblant” og “stemmer ofte eller ganske ofte”. Dette betyr at de ulike strategiene gjennomsnittlig sett er på mestringsrepertoaret til personene, men at ingen strategi blir brukt betraktelig mer enn andre. Alternativ kommunikasjon var den strategien som ble minst brukt. Det vil si at få bruker strategier som tegnspråk, gester og skriving.

De fire mest brukte kommunikasjonstaktikkene var “Plasserer deg nærmere samtalepartner” (fasilitere), “Sikrer deg at du ser samtalepartners ansikt klart og tydelig” (optimalisere), “Bruker visuelle "hint" - for eksempel ser på samtalepartners lepper”(optimalisere), “Nevner for andre at du har dårlig hørsel når du ikke oppfatter hva de sier”(initiere reparasjon) og “Merker deg ansiktsuttrykk og gester”(optimalisere).

Sammenhenger

Hørsel, demografi og psykiske plager

Opplevde hørselsproblemer var forbundet med psykiske plager. Korrelasjonsanalysene viser at denne variabelen har en sammenheng med symptomer på angst og depresjon ($r=.47, p=.05$). Dette betyr at jo større informantene opplever at problemer med hørselen er, desto flere symptomer på angst og depresjon har de. Sammenhengen er omtrent lik for angst ($r=.43$) og depresjon ($r=.47$). Det er en tendens til sammenheng mellom hørselsproblemer og egenvurdert arbeidsevne ($r = -.37$), arbeidsprosent ($r = -.27$) og alder ($r = -.25$), men korrelasjonene er ikke signifikante. Høy skåre på nedsatt arbeidsevne betyr at vurdert arbeidsevne ikke er nedsatt. Det vil si at større hørselsproblemer er forbundet med nedsatt egenvurdert arbeidsevne, lav arbeidsprosent og lavere alder. Disse sammenhengene er ikke signifikante. Ingen av de andre variablene, som egenvurdert nedsatt arbeidsevne, svimmelhet, økt behov for hvile eller tinnitus hadde en signifikant sammenheng med symptomer på angst og depresjon. Heller ikke demografiske variabler som alder, utdanning, arbeidsprosent hadde signifikant sammenheng med HAD.

Mestringsstrategier og psykiske plager

Tabell 2 og 3 viser korrelasjoner mellom symptomer på angst og /eller depresjon (HAD total, HAD-A, HAD-D) og bruk av mestringsstrategier (WCCL) og kommunikasjonstaktikker (CONV). Alle variablene er skåret slik at jo høyere skåre, desto flere symptomer, eller jo høyere skåre desto mer bruk av strategier.

Det er en signifikant sammenheng mellom symptomer på angst og depresjon totalt og mestringsstrategiene selvbekreidelse ($r=.52$), unngåelse ($r=.60$), ønsketenkning ($r=.48$) og problemfokustert mestringsstrategier ($r=-.46$). Det vil si at mer unngåelse, selvbekreidelse og ønsketenkning er forbundet med flere symptomer på angst og depresjon. Mer bruk av problemfokusterte mestringsstrategier er assosiert med færre symptomer på angst og depresjon. Når det gjelder kun symptomer på depresjon, er det en signifikant sammenheng med unngåelse ($r=.55$), problemfokustert mestringsstrategier ($r=-.53$) ønsketenkning ($r=.44$) og selvbekreidelse ($r=.45$). Det betyr at mer unngåelse, selvbekreidelse og ønsketenkning og mindre bruk av problemfokustert mestringsstrategier er forbundet med mer symptomer på depresjon. Angst alene har en signifikant sammenheng med selvbekreidelse ($r=.53$), unngåelse ($r=.58$) og ønsketenkning ($r=.47$). Dette betyr at angst er forbundet med mye selvbekreidelse, ønsketenkning og strategier som er unngående. Samlet viser dette en tendens til at

selvbebreidelse, ønsketenkning og unngåelse er forbundet med mer symptomer og at problemfokusert mestrings er forbundet med mindre symptomer. Mestringsstrategier som handler om å søke sosial støtte er ikke signifikant relatert til symptomer på angst og depresjon. En liten tendens peker i retning av at søke sosial støtte er forbundet med mindre psykiske plager, spesielt depresjon. Denne sammenhengen er ikke signifikant. Søke sosial støtte korrelerer med problemfokusert mestring ($r=0.80$, $p=0.01$).

Tabell 2. Korrelasjoner mellom HAD og WCCL.

	Selvbebreidelse	Unngåelse	Ønsketenkning	Søke sosial støtte	Problemfokusert mestring
Sum HAD (Angst og depresjon)	.52*	.60**	.48*	-0.27	-.46*
Angst	.53**	.58**	.47*	-0.21	-0.36
Depresjon	.45*	.55**	.44*	-0.32	-.53*

* $p = .05$ (to-halet) ** $p = .01$ (to-halet)

Tabell 3. Korrelasjoner mellom HAD og CONV

	Unngåelse	Fasilitere	Optimalisere	Alternativ	Metakom.	Initiere rep.	Reparere
Sum HAD (Angst og depresjon)	.43	.32	.24	.21	.54*	.06	.50*
Angst	.48*	.28	.21	.21	.55**	-.03	.40
Depresjon	.31	.43*	.24	.13	.46*	.17	.54**

* $p = .05$ (to-halet) ** $p = .01$ (to-halet)

Tabell 3 viser korrelasjoner mellom angst og/eller depresjon og bruk av ulike kommunikasjonstaktikker. Metakommunikasjon har en signifikant sammenheng med både symptomer på angst og depresjon totalt ($r=.54$) og med angstskaalen ($r=.55$) og depresjonsskaalen ($r=.46$) alene. Dette betyr at denne type kommunikasjonsstrategi er forbundet med mer symptomer på både angst og depresjon. Det er en signifikant sammenheng mellom unngåelse og angst ($r=.48$). Altså er mer symptomer på angst forbundet med unngåelse som kommunikasjonstaktikk. Strategien reparere er tatt med analysen til tross for at denne strategien hovedsakelig er rettet mot hørende personer i interaksjon med personer med hørselshemming. Denne strategiene viser en signifikant sammenheng med symptomer ($r=.50$), hovedsakelig depresjon ($r=.54$). Fasilitere viser også en sammenheng med symptomer på depresjon ($r=.43$). Samlet sett er kommunikasjonstaktikkene metakommunikasjon, unngåelse,

fasilitere og reparere forbundet med mer psykiske plager. Ingen kommunikasjonsstrategier var forbundet med mindre psykiske plager.

Det ble utført standard multippel regresjonsanalyse for å undersøke hvor mye varians i skårer på symptomer som kan forklares ut i fra mestringsstrategier og kommunikasjonstaktikker og hva som er den beste prediktoren for symptomer. Med utgangspunkt i korrelasjonsmatrisen ble de strategiene som synes å ha størst sammenheng med symptomer på angst og depresjon inkludert. To regresjonsanalyser ble gjennomført med henholdsvis symptomer på angst og symptomer på depresjon som avhengige variabler. Dette ble gjort fordi det ut i fra korrelasjonsanalysene så ut til å være noe ulike sammenhenger knyttet til ulike typer symptomer. Variablene metakommunikasjon, fasilitere, reparere samtale, problemfokustert mestringsstrategi og unngåelse forklarte til sammen 59,7 prosent (adjusted square) av variasjonen i symptomer på depresjon ($p=.002$). Problemfokustert mestringsstrategi var den eneste variabelen som hadde et signifikant unikt bidrag til variansen, med en beta verdi på -0.570 . Av den totale forklarte variansen (r^2) i symptomer på depresjon forklarer problemfokustert mestringsstrategi alene 24 prosent. Variablene selvbebreidelse, unngåelse, ønsketenkning, metakommunikasjon og unngåelse av kommunikasjon forklarte til sammen 37 prosent (adjusted square) av variansen i symptomer på angst ($p=.03$). Ingen av disse variablene hadde et unikt signifikant bidrag. Metakommunikasjon er imidlertid den variabelen som har det største bidraget. Altså ser det ut til at lite bruk av problemfokustert mestringsstrategi predikere mye symptomer på depresjon og mye bruk av metakommunikasjon som kommunikasjonstaktikk predikerer mer symptomer på angst.

For å undersøke om det var signifikante forskjeller i gjennomsnittlige skårer på mestringsstrategier mellom de personene som etter anbefalte kriterier vil klassifiseres som mulige kliniske tilfeller av psykisk lidelse og de personene som ikke fyller kriteriene, ble det utført t-test. Basert på skårer på skalaene i HAD ble utvalget delt i to grupper; personer med psykiske plager ($n=13$) og personer uten psykiske plager ($n=13$). Gruppene ble kategorisert på bakgrunn av symptomer på angst, depresjon eller begge over eller under grenseverdien for mulige tilfeller. De personene som ble plassert i gruppen “med psykiske plager” hadde en sumskåre på åtte eller høyere på angstskaalen, depresjonsskaalen eller begge. De to gruppene ble sammenlignet for å undersøke hvor mye de liknet eller skilte seg fra hverandre ved karakteristikker. Den variabelen som var mest assosiert med psykiske plager var grad av opplevde hørselsproblemer. De som hadde symptomer på angst og depresjon hadde noe større

gjennomsnittlig selvrapporterte hørselsproblemer. Det var ingen markert aldersforskjell mellom de to gruppene, gjennomsnittlig 51,9 år (SD 9,62) for de uten plager og 47,2 år (SD 9,25) for de med plager. De med plager var altså noe eldre. De to gruppene skilte seg ikke på nivå av utdanning, arbeidspresent, tinnitus eller svimmelhet.

En independent-sample t-test ble gjennomført for kategoriene av mestringsstrategiene i WCCL og CONV for de med psykiske plager og de uten psykiske plager. Gjennomsnittsskårer og t-verdier er oppgitt i tabell 4 og 5. Det var en signifikant forskjell mellom de to gruppene ved bruk av unngåelse ($t=-2,325$) og selvbekreidelse ($t=-2,936$) i WCCL. Blant kommunikasjonsstrategiene målt med CONV var unngåelse den eneste strategien som skilte signifikant gruppen med plager fra de uten plager ($t=-2,753$). Dette betyr at de informantene med psykiske plager, målt ved symptomer på angst og/eller depresjon i større grad enn de uten psykiske plager brukte mestringsstrategiene unngåelse og selvbekreidelse samt unngåelse som kommunikasjonsstrategi. Det var en tendens til at også ønsketenkning ble rapportert mer blant gruppen med psykiske plager og at problemfokuset mestringsstrategi og søke sosial støtte ble rapportert mer av de uten psykiske plager. Også kommunikasjonsstrategiene metakommunikasjon, fasilitere og reparere var forskjellig, med mer bruk av disse hos gruppen med psykiske plager. Disse sammenhengene var ikke signifikante

Tabell 4. Gjennomsnitt (SD) på WCCL-skalaer for personer med og uten psykiske plager

	Personer med psykiske plager	Personer uten psykiske plager	t
Problemfokuset mestringsstrategi	44,67 (12,85)	52,27 (6,12)	1,784
Søke sosial støtte	17,25 (6,09)	20,45 (4,16)	1,460
Selvbekreidelse	9,54 (2,03)	6,75 (2,70)	-2,936**
Ønsketenkning	25,08 (5,47)	19,91 (7,92)	-1,884
Unngåelse	29,85 (4,56)	25,00 (5,66)	-2,325*

* $p<.05$ (to-halet) ** $p<.01$ (to-halet)

Tabell 5. Gjennomsnitt (SD) på CONV-skalaer for personer med og uten psykiske plager

	Personer med psykiske plager	Personer uten psykiske plager	t
Unngåelse	26,50 (4,36)	21,00 (5,68)	-2,753**
Fasilitere	12,00 (3,08)	11,38 (1,76)	-0,621
Alternativ	4,50 (1,68)	4,46 (1,56)	-0,059
Optimalisere	28,08 (6,10)	27,27 (5,24)	-0,340
Metakom.	23,54 (5,02)	20,40 (3,34)	-1,657
Initiere rep.	22,58 (6,01)	22,33 (4,36)	-0,117
Reparere	11,33 (3,68)	10,58 (2,43)	-0,590

** $p=.01$ (to-halet)

Diskusjon

Psykiske plager og hørselsrelaterte problemer

Resultatene i denne studien viser at informantene har en del psykiske plager og problemer relatert til hørselshemmingen. Dette er et viktig funn og viser at dette er en gruppe det er grunn til å fokusere på med tanke på forebygging av nedsatt psykisk helse. Denne studien fant en gjennomsnittlig total skåre på 14,1 på HAD. Angstskaalen hadde en skåre på 7,88 for hele utvalget og på depresjonsskaalen var 6,21 gjennomsnittet. Til sammenligning var gjennomsnittlig skåre for hele skalaen 8,53 i et svensk populasjonsutvalg. HAD ble sendt ut til 1 300 tilfeldig utvalgte i alderen 39-59 år i Jamtland i Sverige. Gjennomsnittet for angstskaalen var i denne studien 4,55 og 3,98 for depresjonsskaalen (Lisspers, Nygren og Söderman, 1997). Spinhoven og medarbeidere (1997) undersøkte forekomst av angst og depresjon i den generelle Nederlandske befolkningen over 18 år (n=5 393). De fant en gjennomsnittlig skåre på 3,9 på angstskaalen og 4,2 på depresjonsskaalen i HAD (gjennomsnitt regner ut i fra tabell, med hensyn til n). For et utvalg av polikliniske pasienter i psykisk helsevern var gjennomsnittsskårene høyere, henholdsvis 11,1 og 9,3 for angst og depresjon (Spinhoven m.fl., 1997). Disse tallene tyder på at utvalget i denne studien, som består av personer med hørselshemming i arbeid, gjennomsnittlig har flere symptomer på angst og depresjon enn den generelle befolkning, men lavere enn et utvalg av pasienter i psykisk helsevern.

I denne studien hadde 12 personer (46,2 %) en høyere skåre enn grenseskåren på åtte på angstskaalen og åtte personer (30,8 %) lå over grenseskåren på depresjonsskaalen. Dette er betraktelig høyere enn hva Lisspers og medarbeidere (1997) fant i deres populasjonsutvalg, der henholdsvis 12 og 9 prosent skåret over grenseverdier på åtte på angst og depresjon. Også antallet av klare tilfeller ser ut til å ligge høyere hos utvalget i denne studien enn i populasjonsstudier. Åtte personer (30,8 %) hadde en sumskåre på 11 eller mer på angstskaalen, depresjonsskaalen eller begge, fem med depresjon (19,2 %) og seks med angst (23,1 %). Prevalensen for angst og depresjon var og åtte og seks prosent for klare tilfeller (≥ 11 , for hver underskala) i det svenske populasjonsutvalget (Lisspers m.fl., 1997). Andrea og medarbeidere (2009) undersøkte prevalens av angst og depresjon i et Nederlandsk utvalg. Deres utvalg innebefattet kun ansatte, altså personer i arbeid (n= 3 707). Den kumulative prevalensen over en 23 måneders periode var 4,6 prosent for angst og 3,3 prosent for depresjon målt ved HAD (≥ 11 , for hver underskala).

Utvalget i denne studien ser altså ut til å representere en gruppe som har betraktelig høyere risiko for angst og depresjon sammenlignet med personer i arbeid generelt og den generelle befolkningen. Det er her viktig å påpeke at utvalget i studien er lite og det er ikke representativt for alle personer med hørselshemming som er i arbeid. Tallene viser kun at det i dette utvalget er høy forekomst av symptomer på angst og depresjon sammenlignet med befolkningen generelt. Informantene i denne studien er personer som har oppsøkt rehabiliteringsapparatet og søker råd og veiledning. Det er nærliggende å anta at de personene som oppsøker hjelp har større forekomst av psykiske plager enn de som ikke søker hjelp. Dette kan bidra til at forekomst av symptomer av angst og depresjon er høyt i dette utvalget.

Utvalget består omtrent utelukkende av kvinner. Prevalensstudier av angst og depresjon målt med HAD viser ikke signifikante forskjeller mellom menn og kvinner i symptomer på angst og depresjon (Andrea m.fl., 2009; Lisspers m.fl., 1997; Spinhoven m.fl., 1997). Det er således ikke forventet kjønnsforskjeller i symptomer på angst og depresjon. Kvinner med hørselshemming rapporterer imidlertid om noe mer psykiske plager enn menn med hørselshemming (Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004; De Graaf og Bijl, 2002; Hallam m.fl., 2007; Helvik m.fl., 2006a, 2006b). Det er vanskelig å si hvorfor dette utvalget som er rekruttert fra et mestringskurs, har høyere andel kvinner og om dette er av betydning for forekomsten av psykiske plager. Studier som har en større andel menn vil kunne si noe om eventuelle effekter av kjønn.

Utvalget i denne studien består av personer som opplever en del problemer knyttet til tap av hørsel. Omtrent halvparten av informantene rapporterte om store problemer knyttet til hørsel og i underkant av 40 prosent svarte at de hadde middels store problemer. I studien til Eide og Gundersen (2004) var kun 10,4 prosent mye plaget, mens 55,1 prosent var litt plaget av nedsatt hørsel. Studien deres inkluderte et høyt antall informanter som hadde et hørselstap i liten, moderat eller stor grad. Dette tyder på at utvalget i denne studien består av personer som opplever stor grad av hørselsrelaterte problemer sammenlignet med hørselshemmede personer generelt. Nesten alle informantene (n=21) mente at deres arbeidsevne var betydelig nedsatt som følge av hørselshemmingen. Dette viser at utvalget representerer personer med hørselshemming som opplever negative konsekvenser av hørselstapet på jobb. I tillegg hadde de fleste (n=24) også økt behov for hvile som følge av hørselshemmingen. Dette samsvarer med tidligere forskning, da økt behov for hvile er en av de mest rapporterte konsekvensene av hørselstap. Det er også forbundet med arbeid da flere forteller at de grunnet hørselstapet er

spesielt slitne etter arbeid (Clausen, 2003).

Korrelasjonsanalysen viste en klar sammenheng mellom opplevde hørselsproblemer og symptomer på angst og depresjon. Grunnet manglende informasjon om hørselstap målt med standardiserte metoder finnes det ikke grunnlag for å knytte grad av hørselstap opp mot psykiske plager. Det synes imidlertid klart at utvalget i denne studien representerer et utvalg som har store hørselsvansker og at dette videre er forbundet med mye symptomer på angst og depresjon. Dette støtter opp under Helvik og medarbeidere (2006b) som fant en sammenheng mellom opplevde begrensninger som følge av hørselstapet og psykososiale problemer. Videre fant Hallam og medarbeidere (2006) at et lite utvalg av personer med alvorlig ervervet hørselstap ($n = 22$) i hadde en forekomst av psykiske plager som ligner denne studien. Personene i det utvalget hadde alvorlig hørselstap. Definisjon av alvorlig hørselstap var basert på informantenes vurdering av i hvilken grad uttalelser om opplevde begrensninger som følge av hørselshemmingen, gjaldt dem selv. Uttalelsene representerte det alvorligste nivået av hørselstap. Skåren på angstskaalen i HAD lå på 7,47 (SD 5,35) og depresjonskåren på 6,52 (SD 4,50). Andelen av klare tilfeller av angst (>10) var 30,4 prosent og 17,4 prosent hadde 11 eller mer på depresjonskålen (Hallam m.fl., 2006). Dette støttet ytterligere opp under forklaringen om at den høye forekomsten av symptomer på angst og depresjon synes å knyttes opp mot opplevde hørselsvansker.

Omtrent halvparten av utvalget rapporterte å ha tinnitus. I andre studier varierer forekomst av tinnitus blant personer med hørselshemming fra 35 til 73 prosent (De Graaf og Bijl, 2002; Hallam m.fl., 2006; Helvik m.fl., 2006b). Prevalensen varierer noe avhengig av hvor kraftig tinnitus det er snakk om og om kartleggingen inkluderer hvor ofte de er plaget av det. Sullivan og medarbeidere (1988) fant at tinnitus var forbundet med signifikant større risiko for alvorlig depresjon. Tilstedeværelse av tinnitus så ikke ut til å være relatert til psykiske plager i denne studien. Årsaken til manglende sammenheng kan ligge i metodiske svakheter. Denne undersøkelsen spør kun om informantene har tinnitus, ikke i hvor stor grad eller hvor ofte de er plaget av det. Grundigere kartlegging av tinnitus-plager ville muligvis kunne gi et annet bilde av slike plager og eventuelle sammenhengene med psykiske plager.

Sammenheng mellom mestringsstrategier og psykiske plager

Problemstillingen i denne studien dreier seg om sammenhengene mellom bruk av mestringsstrategier og psykiske plager. Knyttet til denne problemstillingen er det tre hovedfunn som er viktige. Det første funnet i denne studien er at problemfokuset mestringsstrategier

forbundet med færre psykiske plager. Det andre funnet er at det var en tendens til at emosjonsfokuserte mestringsstrategier som unngåelse, ønsketenkning og selvbebreidelse er forbundet med flere psykiske plager. Det siste funnet er at visse strategier spesielt knyttet til utfordrende kommunikasjon er assosiert med flere psykiske plager. Dette gjaldt unngåelsesstrategier, metakommunikasjon, strategier som fasiliterer kommunikasjon og reparering av samtalen.

Problemfokuserert mestring

Problemfokuserert mestring var den strategien som i størst grad forklarte variasjonen av symptomer på depresjon i utvalget. Mye bruk av problemfokuserert mestring var forbundet med lite symptomer på angst og depresjon. Hypotese 1 er dermed bekreftet. Dette støtter opp under funn fra flere andre studier. Problemfokuserert mestring er tradisjonelt sett på som en hensiktsmessig form for mestring (Andersson og Willebrand, 2003; Suls og Fletcher, 1985) og forbundet med god helse og lite symptomer på depresjon i forskjellige utvalg (Hynes m. fl., 1992; Lapiere og Allan, 2006; Sullivan m.fl., 1988; Vitaliano m.fl., 1985;).

Problemfokuserert mestring gjenspeiler en handlingsrettet og målorientert adferd. Slike strategier kan dermed redusere stress ved at det fjerner stresskilden. Flere av strategiene gjenspeiler også en positiv holdning. Problemfokuserert mestring kan dermed også gjøre den mentale eller fysiske responsen på stress mindre. Dette er mulige forklaringer på sammenheng mellom problemfokuserert mestring og mindre psykisk plager (Falkum m.fl., 1997). En annen mulighet er at det å ha lite psykiske plager i større grad gjør slike mestringsstrategier mulig å gjennomføre. Flere av leddene i skalaen for problemfokuserert mestring representerer det motsatte av hva som kan forventes av personer med psykiske plager, spesielt depresjon. Depresjon er kjennetegnet av blant annet nedstemthet, mangel på energi, følelse av mindreverdighet og negative tanker (Berge, 2008; World Health Organization, 2007). Slike symptomer står i kontrast til enkelte av utsagnene i skalaen som måler problemfokuserert mestring. En mulig forklaring på den negative sammenhengen mellom depresjon og problemfokuserert mestring kan således tenkes å være at noen av leddene i skalaen som måler psykiske plager er uforenelige med enkelte av leddene i problemfokuserert mestring. Eksempler på problemfokusererte mestringsstrategier er “Prøver å se det positive i det hele, aldri så galt at det ikke er godt for noe” eller “Står på ditt og kjemper for det du vil”. Et eksempel på et utsagn fra depresjonsskalaen er “Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner”. Det er vanskelig å se for seg at de som ikke evner dette samtidig rapportere å se det positive i

situasjoner som en mestringsstrategi .

Lazarus og Folkmans transaksjonelle modell av stress og mestring, som WCCL er basert på, predikerer at sammenhengen mellom mestring og utfallet av mestring også er relatert til vurderingen av situasjonen (Vitaliano m.fl., 1985). Noen funn (Vitaliano, DeWolfe, Maiuro, Russo og Katon, 1990) tyder på at i hvilken grad personer vurderer en situasjon som kontrollerbar påvirker sammenhengen mellom mestringsstrategi og konsekvensene, som for eksempel symptomer på angst og depresjon. Problemfokustert mestring er forbundet med færre symptomer når situasjonen oppleves som kontrollerbar og motsatt når situasjonen oppfattes som ukontrollerbar. En mulig forklaring på dette er at det vil føles godt å gjøre noe aktivt for å redusere stress i en situasjon som oppleves som kontrollerbar. Når det vurderes at den stressende situasjonen kan endres, vil det å ikke gjøre noe med det kunne føre til følelse av skyld og mislykkethet. Hvis det vurderes at det ikke er mulighet for endring, vil fravær av problemfokustert mestring ikke gi tilsvarende negative følelser (Vitaliano m.fl., 1990). Dette perspektivet kan kaste lys over hvordan utvalget i denne studien opplever sin situasjon som hørselshemmet. Den negative sammenhengen mellom problemfokustert mestring og depresjon og angst kan tyde på at utvalget opplever situasjonen som kontrollerbar. Dette er forenelig med at utvalget i denne studien er i arbeid, søker aktivt hjelp og ikke har gitt opp, på tross av store problemer og utfordringer knyttet til hørselshemmingen. Denne studien har ingen mål på informantenes vurderinger av de utfordringene og stressende situasjonene de opplever. Dette blir dermed kun antakelser basert på tidligere empirisk og teoretisk kunnskap.

Korrelasjonsanalysene og regresjonsanalysene viste en klar sammenheng mellom problemfokustert mestring og psykiske plager, spesielt symptomer på depresjon. Det var imidlertid ikke signifikant forskjell i problemfokustert mestring når de med psykiske plager ble sammenlignet med de uten psykiske plager på gruppenivå. Det var en tendens til at de informantene som lå over grenseverdien for mulige tilfeller av kliniske tilfeller av angst og/eller depresjon brukte mindre problemfokustert mestring enn de som lå under denne grenseverdien, men ikke på et signifikant nivå. Hallam og medarbeider (2007) fant heller ikke en signifikant sammenheng mellom psykiske plager og problemfokustert mestring blant personer med alvorlig ervervet hørselstap. De sammenlignet bruk av mestringsstrategier på gruppenivå, og det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene med hensyn til problemfokustert mestring. Både de emosjonelt stabile og ustabile personene i deres studie brukte i like stor grad slike strategier. Således er studiene forenelige med hverandre. R.

Hallam (e-post, 28.mars 2011) hevder at dette funnet ikke er overaskende, da det ikke nødvendigvis er ulikheter i vurderinger og evne til å tenke problemfokuset som tydelig vil skille de med psykiske plager fra de uten slike vansker. Alle kan rasjonelt analysere problemer hevder han. Psykiske vansker og andre forhold kan imidlertid innebære at ikke alle klarer å implementere en slik løsning. Det kan tenkes at forskjeller mellom gruppene ville blitt mer synlige om mestring ble undersøkt med andre metoder, som for eksempel observasjon. Lavt antall informanter gjør det dessuten vanskelig å trekke sikre konklusjoner av resultatene og sammenligne med andre studier på tvers av analyser.

Generelt i forskningslitteraturen er problemfokuset mestring forbundet med god mental helse, positive emosjoner og lite symptomer på psykiske lidelse. Tendensene i denne studien støtter videre opp under dette.

Emosjonsfokuset mestring

Emosjonsfokusede mestringsstrategier som unngåelse, selvbekreidelse og ønsketenkning var forbundet med flere symptomer på angst og depresjon. Flere har funnet tilsvarende tendenser, både blant personer med hørselshemming og i andre utvalg (Andersson og Willebrand, 2003; Hallam m.fl., 2007; Suls og Fletcher, 1985; Vitaliano m.fl., 1985).

Unngåelse, ønsketenkning og selvbekreidelse er strategier som har til hensikt å regulere den emosjonelle responsen på den stressende situasjonen. De har ikke som hensikt å løse problemet eller fjerne kilden til stress (Lazarus og Folkman, 1984). Unngående adferd eller andre aktiviteter som har som hensikt å virke lindrende kan ta energi fra problemfokuset mestring. Emosjonsfokusede mestring bidrar dermed ikke til å løse problemet og kan også gjøre situasjonen verre. En mulig forklaring på sammenhengen mellom emosjonsfokuset mestring og psykiske plager er altså at emosjonsfokuset mestring stjeler energi fra mer aktiv problem-løsende adferd (Falkum m.fl., 1997). Emosjonsfokuset mestring er forbundet med psykiske plager spesielt når den stressende situasjonen oppleves som kontrollerbar. Når det vurderes at det er mulig å gjøre noe med sin situasjon, vil en slik mestringstendens kunne medføre skyldfølelse og således psykiske plager (Vitaliano m.fl., 1990). Denne studien har imidlertid ikke informasjon om hvorvidt informanten opplever å ha kontroll eller mulighet for endring i sin situasjon som hørselshemmet.

Flere spørreskjemaer som er laget for å kartlegge emosjonsfokusede mestringsstrategier inneholder enkelte ledd som har et stressladet eller patologisk innhold. I en studie vurderte

194 psykologer innholdet i enkelte ledd i spørreskjemaer som omhandlet mestring. Flere av leddene ble vurdert dithen at å svare bekreftende på dem ville være klare indikasjoner på psykisk lidelse. På den måten kan mestringsstrategier feilaktig forbindes med psykiske plager (Stanton, Danoff-Burg, Cameron og Ellis 1994). Studien vurderte ikke “Ways of coping checklist”, men enkelte av leddene i dette skjemaet synes også å ha et innhold som er stress-ladet. Det er for eksempel ikke overaskende at strategier som å klandre seg selv eller sove mye er forbundet med depresjon. Mestringsstrategier som i seg selv er indikatorer på psykiske lidelser vil kunne bidra til at sammenhengen mellom strategier og symptomer på psykiske plager synes større. En gjennomgang av leddene i WCCL tyder på at de fleste ikke har et slikt stress-ladet eller patologisk innhold. Det er imidlertid plausibelt å tenke at dette fenomenet mulig kan forklare noe av sammenhengen mellom emosjonsfokusert mestring og symptomer på psykiske lidelser i denne studien.

Ingen spesifikk mestringsstrategi er nødvendigvis dårlig. For noen personer kan for eksempel unngåelse være adaptivt og bidra til god mental helse (Falkum m.fl., 1997). Generelt er imidlertid disse strategiene forbundet med negative utfall, som nedsatt mental helse (Andersson og Willebrand, 2003; Hallam m.fl., 2007; Suls og Fletcher, 1985; Vitaliano m.fl., 1985). Denne studien understøtter dette og tyder på at ønsketenkning, unngåelse og selvbekreftelse ikke er hensiktsmessige strategier for å mestre situasjonen som hørselshemmet. Tendensene i denne studien bekrefter altså hypotese 2.

Kommunikasjonsstrategier

Resultatene peker i retning av en sammenheng mellom psykiske plager og kommunikasjonstaktikkene fasilitere, reparere, metakommunikasjon og unngåelse. Mer bruk av disse taktikkene for å håndtere vanskelig kommunikasjon er forbundet med flere symptomer på angst og depresjon.

At unngåelsestaktikker er forbundet med flere psykiske plager i denne studien er forenelig med tidligere studier av personer med hørselshemming (Hallam m.fl., 2007; Helvik m. fl., 2006a; Knutson og Lansing, 1990). Unngåelse er en type strategi som blant annet innebærer unngåelse av vanskelig kommunikasjon eller å avslutte og forlate samtaler som blir problematiske (Hallam m.fl., 2007). Unngåelse av kommunikasjon kan således tenkes å medføre økt sosial isolasjon. Unngåelsesstrategier kan også være strategier som å dominere samtaler for å slippe å høre, eller å late som en forstår (Hallam m.fl., 2007). Dette er strategier som ikke bidrar til gode sosiale relasjoner og følelse av inkludering. Det er rimelig å anta at

en slik sosial stil kan forsterke følelse av ensomhet. Isolasjon og ensomhet er videre forbundet med psykiske plager som for eksempel depresjon og angst (Thomas og Gilhome Herbst, 1980). En mulig forklaringsmodell er at unngåelsestrategier fører til sosial isolasjon og ensomhet som videre medfører depresjon og angst. Alternativt kan sammenhengen forklares ved at psykiske plager gjør at noen personer velger unngåelse som strategi. Psykiske plager som angst og depresjon kan gjøre sosial interaksjon ekstra krevende.

Resultatene sier noe om hvordan informantene forholder seg til sine samtalepartnere. Felles for strategiene fasilitere, metakommunikasjon og reparere er at de innebærer mye innsats fra personen selv og det involverer ikke hjelp fra andre personer. Mye bruk av disse strategiene indikerer derfor at personen tar stort ansvar for kommunikasjonen. Fasilitere kommunikasjon omhandler fysiske anstrengelser personen med hørselshemming selv gjør for å bidra til effektiv kommunikasjon. Det være seg plassering i forhold til samtalepartner, fange blikket, eliminere kilder til forstyrrelse eller trekke samtalepartneren til et stille område.

Metakommunikasjon er fellesbetegnelsen på strategier som innebærer en kognitiv innsats. Eksempler på det er å holde konsentrasjon, fokusere på viktige tema, sette sammen bruddstykker og fylle inn hullene selv, mental planlegging og formulering av setninger som bidrar til mer effektiv kommunikasjon. Den siste av strategiene, reparere, innebærer å snakke sakte og tydelig, gi tilstrekkelig informasjon og sørge for å få budskapet frem (Hallam m. fl., 2007). Slike strategier er tidligere betegnet som hensiktsmessige med hensyn til effektiv kommunikasjon (Demorest og Erdman, 1987; Helvik m. fl., 2007; Knutson og Lansing, 1990). Å ta stort ansvar for god og effektiv kommunikasjon så allikevel ut til å ha negative konsekvenser for mental helse i denne studien.

Strategier som fasilitere, reparere og metakommunikasjon kan ha sin pris da de krever ekstra anstrengelser, planlegging og konsentrasjon. Dette kan være fysisk krevende og utmattende. Dette er en mulig forklaring på sammenhengen med symptomer på angst og depresjon. Å bruke slike strategier på jobb illustrerer “dobbeltarbeid”. Den ekstra innsatsen som må gjøres for å kompensere for nedsatt hørsel på jobb påvirker hele livssituasjonen. Utmattelse og mangel på energi kan påvirke livskvaliteten (Gullacksen, 2002). Hallam og medarbeidere (2007) fant at disse strategiene ble brukt i like stor grad av personer med nedsatt psykisk helse og personer uten psykiske vansker. At denne tendensen allikevel viser seg i dette utvalget kan skyldes at utvalget her består av mennesker som er aktive og i arbeid, og at det gjør at de bruker disse strategiene hyppigere enn andre og dermed også opplever prisen av slike

strategier i større grad. Kun en tredjedel av informantene til Hallam og medarbeidere (2007) var i arbeid i motsetning til samtlige i denne studien. En arbeidsdag kan tenkes å inneholde mange stressende situasjoner hvor det blir nødvendig å ofte mobilisere mestringsstrategier. Kommunikasjonsstrategier som fremmer god kommunikasjon kan være hensiktsmessige, men for personer med hørselshemming som er i arbeid vil det å ta for mye ansvar for kommunikasjon kunne være negativt. Dette viser hvordan det å være i arbeid kan gi opphav til utfordringer. Selv om det å være i arbeid er forbundet med god mental helse (Grimby og Ringdahl, 2000; Jin m.fl., 1995; Murphy og Athanasou, 1999), kan det også være en risiko for å oppleve mye negative konsekvenser av å kompensere for hørselstapet.

En av informantene som ble intervjuet av Kvam og Tingvold (2004) fortalte at det å være “flink” kunne være negativt fordi det skapte forventinger hos andre. Hvis personen med hørselshemming selv tar stort ansvar for kommunikasjonen og anstrenger seg ved å for eksempel lese på leppene, får andre erfaring med at de ikke behøver å ta hensyn. Også unngåelsesstrategier som å late som en forstår vil kunne bidra til dette. Problemet blir ikke fremhevet og andre kan få et feilaktig inntrykk av personens evne til å kompensere for hørselstapet. Heydebrand, Mauze, Tye-Murray, Binzer og Skinner (2005) fant en tendens hos hørselshemmede til overdrevet bekymring for å tillegge andre ansvar for effektiv kommunikasjon. Deltakeren i denne studien deltok på et rehabiliteringsprogram for CI opererte. Etter kurset endret denne faktoren seg i tråd med psykiske problemer og unngåelsesstrategier. Deltakerne ble mindre bekymret for å tillegge andre ansvar for kommunikasjon, brukte mindre unngåelse og andre maladaptive strategier og fikk i tillegg mindre psykiske plager. Dette er forenelig med funnene i denne studien og viser at det å ta stort ansvar for effektiv kommunikasjon er forbundet med mer psykiske plager. Å ta stort ansvar for kommunikasjon kan ha likheter med selvbekreidelse og støtter assosiasjonen, som nevnt tidligere, mellom tendens til selvbekreidelse og psykiske vanskeligheter hos hørselshemmede personer.

Den siste av hypotesene predikerte at unngåelse som strategi ved kommunikasjon var forbundet med høyere forekomst av psykiske plager. Denne hypotesen ble bekreftet. Hypotese 3 predikerte en at kommunikasjonstaktikker som fremmet effektiv kommunikasjon ville være forbundet med mindre psykiske vansker. Denne hypotesen ble ikke bekreftet. Ingen strategier hadde en sammenheng med mindre symptomer på angst og depresjon. I tillegg var noen strategier som kan være effektive i kommunikasjon forbundet med mer psykiske

vansker. Det ser altså ut til at de personene som har en tendens til å unngå eller ta stort ansvar når det gjelder kommunikasjon har mye psykiske plager.

Mestring og åpenhet

Mye tyder på at utvalget i denne studien er åpne om sin hørselshemming og har erkjent sine vanskelighetene. For eksempel har samtlige informanter gjort oppmerksom på arbeidsplassen om sin hørselshemming. Til sammenligning fant Thomas og Gilhorne Herbst (1980) blant sine deltakere at hele 60 prosent ikke fortalte andre om sitt hørselstap og at hele 40 prosent aktivt forsøkte å skjule det. I en dansk studie hadde kun 41 prosent fortalt om sitt hørselstap på arbeidsplassen (Clausen, 2003). Videre har 25 av 26 informanter høreapparat. Høreapparat er en synliggjøring av hørselstapet og et tegn på et bevisst og erkjent problem med kommunikasjon (Helvik, Wenneberg, Jacobsen og Hallberg, 2008; Humes, Wilson og Humes, 2003). Erkjennelse og åpenhet er antatt å være en forutsetning for mestring og god tilpasning av situasjonen som hørselshemmet (Berg, 2005; Kjekka, 2007; Kvam og Tingvold, 2004; Lorentzen og Berge, 2003). Utvalget i denne studien representerer videre en aktiv gruppe. I tillegg til å delta på mestringskurs og være i arbeid, rapporterer informantene om en god del mestringsstrategier. En av de mest vanlige kommunikasjonstaktikkene var å nevne for andre at en har problemer med hørselen når en ikke oppfatter hva som blir sagt. Dette samsvarer med andre funn som viser at personer med hørselshemming ofte initierer reparasjon ved brudd i en samtale (Hallam m.fl., 2007; Lind m.fl., 2004). Denne strategien innebærer også åpenhet om hørselshemmingen.

Det viste seg allikevel at denne gruppen har en del psykiske vansker. De bruker også en del unngåelsesstrategier. Felles for alle de fire kommunikasjonsstrategiene som er forbundet med flere psykiske plager er at de ikke involverer hjelp fra andre personer. Strategiene forutsetter ikke åpenhet om hørselshemmingen og de innebærer ikke å opplyse om problemer knyttet til kommunikasjon og behov for tilrettelegging. Det å gi informasjon og melde seg på kurs er ikke det samme som å være åpen i samtaler med andre. Informasjon til arbeidsgiver og kollegaer kan være viktig i forhold til tilrettelegging og forståelse på arbeidsplassen. Å ha en kontinuerlig åpenhet om hørselshemmingen hver dag i en hver samtale er en annen form for åpenhet. Det kan tenkes at det er vanskeligere å stadig kreve at andre skal hensyn og ansvar i kommunikasjon.

Styrker og begrensninger ved studien

Selvrapportering

Studien baserer seg utelukkende på selvrapportering. Spørreskjemaer har lenge vært den mest vanlige metoden for å kartlegge mestringsstrategier, men en slik tilnærming har også fått en del kritikk. Først og fremst er det retrospektiv rapportering av strategier som er kritisert. Informantene forventes ofte å gjengi hvilke strategier de har brukt lang tid tilbake. Det kan da oppstå et problem knyttet til hvorvidt gjenkallelsen er korrekt. Retrospektiv rapportering kan videre bli påvirket av kognitive prosesser hvor opplevelser gis mening og det skapes et sammenhengende narrativ om personens mestringshistorier (Andersson og Willebrand, 2003; Folkman og Moskowitz, 2003). Informantene i denne studien svarte på spørsmål om mestring knyttet til sin hørselshemming. Flere av informantene har hatt hørselshemming i mange år og svarene kan dermed referer til deres mestringsstrategier lang tid tilbake. Spørreskjemaene benyttet i denne studien refererer til nåværende mestringsstil, men presiserer ikke tidsrom for bruk av mestringsstrategier. Usikkerhet med hensyn til nøyaktighet av selvrapportering er dermed en svakhet ved denne studien.

Sommerfield og McCrae (2000) foreslår en smalere tilnærming til studier av mestringsstrategier hvor det tas hensyn til den spesifikke stressende situasjonen. Flere studier undersøker generelle mestringsstrategier som er en vanlig del av livet. En del stressende livsopplevelser kan være veldig spesifikke. For å forstå noe om mestring er det viktig å vite noe om hva som oppleves som stressende og studerer mestring spesielt i forhold til det (Gullacksen, 2002). Litteraturen er samstemt om at kommunikasjonssituasjoner er opplevd som spesielt vanskelig for personer med hørselshemming. Denne studien undersøker både generelle mestringsstrategier knyttet til hørselshemming og mer spesifikke strategier knyttet til mestring av situasjonen som er av spesielle interesse for dette utvalget, henholdsvis kommunikasjonssituasjoner. Dette er en styrke ved denne studien.

Utvalget

En viktig begrensning i denne studien er lavt antall informanter. Dette betyr at resultatene må tolkes med varsomhet og funnene kan ikke uten videre generaliseres. Videre representerer utvalget i denne studien kun den gruppen hørselshemmede personer som er i arbeid, som opplever problemer og som oppsøker hjelp. Det er viktig at resultatene ikke knyttes til hele den store gruppen av personer med hørselshemming. Det er gjort flere analyser for å belyse sammenhenger. Enkelte analyser er svært sårbare for lavt antall informanter og dette går

utover statistisk styrke (Hinkle, Wiersma og Jurs , 2003). Resultatene presentert her er kun indikasjoner på sammenhenger mellom ulike mestringsstrategier og psykiske vansker. Studien er utforskende og tendensene som viser seg her kan generere nye hypoteser.

Utvalget består av kun én mann og 25 kvinner. Således er utvalget ikke representativ for den hørselshemmede befolkningen som tenderer mot en større andel menn (Eide og Gundersen, 2004; Rosenhall m.fl., 1999; Wilson m.fl., 1999). Forskning har imidlertid pekt på at symptomer på psykisk lidelse blant hørselshemmede er mer vanlig blant kvinner sammenlignet med menn (Coniavitis Gellerstedt og Danermark, 2004; De Graaf og Bijl, 2002; Helvik m.fl., 2006a, 2006b). At kvinner ser ut til å rapportere og mer psykiske vansker enn menn kan være en mulig forklaring på at flere kvinner søker tiltak og kontakt med rehabiliteringsapparatet, som kurset “behold jobben” hvor dette utvalget er rekruttert fra. Denne studien kan ikke si noe om mulige effekter av kjønn, noe som er en svakhet. Mer forskning er nødvendig for å si noe om kjønnsforskjeller i denne sammenheng.

Årsakssammenhenger

Oppgaven har tatt som utgangspunkt at hensiktsmessig mestring er de strategiene som ikke er forbundet med psykiske belastninger. Dette er et perspektiv som ikke tar hensyn til den umiddelbare effekten av mestringen og heller ikke årsaksforholdet. Det er kun sammenhenger som rapporteres her og resultatene sier ingenting om kausalitet. Det kan tenkes at bruk av ulike typer mestringsstrategier på sikt forårsaker angst og depresjon. På den annen side kan det å ha symptomer på angst og depresjon tenkes å medføre økt bruk av enkelte strategier og mindre bruk av andre strategier. For eksempel kan symptomer på angst medføre unngåelses av kommunikasjon eller depresjon kan medføre økt tendens til å bebreide seg selv. Det behøves videre forskning som tar årsakssammenhenger med i betraktning og som studerer mestring og psykiske vansker over tid.

Mål på hørselstap

I mangel av tilfredsstillende mål på grad av hørselstap målt med standardiserte metoder er det vanskelig å knytte resultatene til alvorlighet av hørselstapet. Det er stor variasjon blant studier i henhold til hvordan hørselstapet kartlegges. At det ikke finnes informasjon om informantenes faktiske hørselstap i dB utgjør en svakhet ved denne studien. Eide og Gundersen (2004) sammenlignet audiometrisk testing med egenvurdert hørselstap, det vil si hvor mye de følte seg plaget hørselstapet. Det var en sammenheng mellom objektiv og subjektiv mål til en viss grad. De som fylte kriteriene for hørselstap (over 30 eller 35 dB

unilateralt) rapporterte mer plager enn de som ikke hadde hørselstap. Men det var også noen av de som ikke ble klassifisert som hørselshemmede som rapporterte om plager. Dette viser at det er subjektivt element til stedet i rapportering i problemer med hørselen og at mål på grad av hørselstap er komplisert.

Meadow-Orlans (1985) mener at funksjonell hørsel vil påvirke konsekvenser av hørselstap og hvordan individene er i stand til å tilpasse seg det. Å studere de med mildt og alvorlig hørselstap sammen vil i flere sammenhenger være meningsløst. Å ha store hørselsrelaterte problemer vil være kvalitativ forskjellig fra å ha små plager. Mange studier inkluderer nettopp et stort spekter av hørselshemmede personer med hensyn til alvorlighetsgrad. De er gjerne rekruttert på bakgrunn av henvisning til audiologisk avdeling eller fra den generelle befolkningen. At denne studien kun fokuserer på de som opplever betydelige hørselsvansker, som selv har oppsøkt hjelp, kan således sees på som en styrke.

Kliniske implikasjoner

I møte med hørselshemmede personer som søker hjelp, råd og veiledning i sin situasjon er det viktig å vite noe om utfordringene de strever med, risikofaktorer for nedsatt mental helse og muligheter for mestring. Kunnskap om dette kan bidra til et bedre rehabiliteringstilbud for denne gruppen. Målsettingen er å forhindre at personene med alvorlige hørselsproblemer faller utenfor arbeidslivet samt å forebygge psykiske helseproblemer. Et viktig spørsmål for klinikere og andre fagpersoner som møter personer med hørselshemming i sitt arbeid, er hvilke mestringsstrategier som vil være hensiktsmessige for god psykiske helse. At informantene i denne studien har en del psykiske plager og problemer knyttet til hørselstap kan være en indikasjon på at en del hørselshemmede som er i arbeid vil ha behov hjelp og at kunnskap om denne gruppen er viktig i psykisk helsevern så vel som i rehabiliteringsfeltet.

I innledningen er det gitt en litteraturgjennomgang som belyser utfordringene hørselshemmede kan møte i tillegg til risikofaktorer for og forekomst av psykiske plager. Det er videre introdusert ulike former for mestring og positive og negative aspekter forbundet med dem. Denne studien har undersøkt sammenhengen mellom psykiske plager og ulike mestringsstrategier.

Tendensene som vises i denne studien synes å bidra til ytterligere presisering av at mestringsstrategier ikke er entydig positive eller negative. For eksempel kan strategier som virker hensiktsmessig ved at de bidrar til effektiv kommunikasjon være slitsomt og få

negative konsekvenser på lang sikt. Det er viktig at helsepersonell som møter personer med hørselshemming vet noe om disse nyansene. Det er også viktig at personer med hørselshemming selv får informasjon om dette og blir møtt med anerkjennelse for sine mestringsforsøk, heller enn et ensidig fokus på problemfokusert mestring. Ved å være klar over positive og negative sider forbundet med ulike mestringsstrategier vil både personer med hørselshemming selv og fagpersoner få en større forståelse og aksept for mestringsforsøkene.

Mestringsstrategier som er problemfokusede synes å være hensiktsmessige strategier, mens unngåelsesstrategier og andre emosjonsfokusede mestring er uhensiktsmessig. Rådene til personer med hørselshemming i arbeid vil allikevel ikke være så enkle. Ingen spesifikke kommunikasjonstaktikker synes å være spesielt forbundet med god mental helse. Studien vil dermed ikke gi implikasjoner i form av konkrete råd om hensiktsmessige kommunikasjonsstrategier for hørselshemmede. Enkelte kommunikasjonsstrategier som er problemfokusede synes ikke å være hensiktsmessig. Felles for de uhensiktsmessige strategiene er at de ikke innebærer åpenhet og de legger mye av ansvaret for kommunikasjon på den hørselshemmede. Flere har tidligere påpekt at åpenhet er en forutsetning for god mestring og håndtering av situasjonen som hørselshemmet. Råd om åpenhet i kommunikasjon med andre kan tenkes å forebygge psykiske vansker. Å ha en åpen holdning om hørselstapet vil være et alternativ til unngåelse. I tillegg vil åpenhet kunne bidra til at personer med hørselstap tar mindre ansvar for kommunikasjonen. Åpenhet og informasjon om hørselshemmingen vil gi andre mulighet til å ta hensyn og legge til rette for god kommunikasjon. Denne åpenheten dreier seg ikke om enkeltanledninger hvor en gir informasjon, men en vedvarende holdning som tas med i en hver konversasjon med andre.

Konklusjoner

Hovedhensikten med denne oppgaven var å forstå mer om situasjonen til hørselshemmede i arbeid, spesielt med hensyn til psykiske vansker og mestring. Mange, men ikke alle, personer med hørselshemming opplever utfordringer knyttet til redusert hørsel. Noen strever for å opprettholde sosiale relasjoner og profesjonell kontroll i yrkeslivet. Hvis situasjoner knyttet til hørselshemming oppfattes som stressende vil det være naturlig å mobilisere mestringsstrategier. I hvilken grad disse er forbundet med psykiske plager kan si noe om hvilke mestringsstrategier som er hensiktsmessige.

Utvalget i denne studien hadde mye problemer knyttet til hørsel og rapporterte om god en del

psykiske vansker. I samsvar med tidligere studier synes problemfokuset mestring å være hensiktsmessig med hensyn på god mental helse, mens emosjonsfokuset mestring synes å være ufordelaktig. Disse funnene er godt etablert i forskningslitteraturen og denne studien gir grunn til å tro at det dette også gjelder for personer med hørselshemming og de utfordringene de møter. Det å ta stort ansvar for kommunikasjonen eller å unngå kommunikasjon synes imidlertid ikke å være gode løsninger for personer med hørselshemming i arbeid. Ingen kommunikasjonsstrategier for spesielt forbundet med fravær av psykiske plager.

Videre forskning er nødvendig for å forstå mer om årsakssammenhenger mellom mestringsstrategier og psykisk helse.

Litteraturliste

- Anderson, D. L. og Noble, W. (2005). Couples' attributions about behaviors modulated by hearing impairment: Links with relationship satisfaction. *International Journal of Audiology*, 44, 197-205.
- Andersson, G. og Willebrand, M. (2003) What is coping? A critical review of the construct and its application in audiology. *International Journal of Audiology*, 42, 97-103.
- Andrea, H., Bültmann, U., van Amelsvoort, L. G. P. M. og Kant, Y. (2009). The incidence of anxiety and depression among employees – the role of psychosocial characteristics. *Depression and Anxiety*, 26, 1040-1048.
- Ashley, J. (1985). A personal account. I H. Orlans (red.) *Adjustment to adult hearing loss* (s.59-70). London: Taylor and Francis.
- Berg, J. R. (2005). Utestengt eller integrert? Upublisert sluttrapport for prosjekt 2001/3/0163. Lier: Briskeby skole og kompetansesenter.
- Berge, T. (2008). Kronisk depresjon. I T. Berge og A. Repål (red.) *Håndbok i kognitiv terapi* (s. 286-318). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Binzer, S. J. (2000). Self-assessment with the Communication profile for the hearing impaired: Pre- and Post-Cochlear Implantation. *Journal of the Academy of Rehabilitative Audiology*, 33, 91-114.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. og Neckelmann, D. (2002) The validity of the Hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Briggs, S. R. og Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54, 106-148.
- Briskeby skole og kompetanse senter (2011). Hentet fra <http://bby.no/> (17/4-11).
- Brochs-Haukeland, W. (2010). *Arbeids- og lederpsykologi* (8. utg.). Oslo: Cappelen Akademiske forlag.

- Bø, T. P., Håland, I. og Køber, T. (2010). Funksjonshemma på arbeidsmarknaden. Rapport 2010/52. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Clausen, T. (2003). *Når hørelsen svigter*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Coniavitis Gellerstedt, L. og Danermark, B. (2004). Hearing impairment, working life conditions, and gender. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 6(3), 225-245.
- Danermark, B. (2005). A review of the psychosocial effects of hearing impairment in the working-age population. I D. Stephens og L. Jones (red.) *The impact of genetic hearing impairment* (s. 106-136). London: Whurr Publishers.
- Danermark, Cieza, A., Gange, J-P., Gimigliano, F., Granberg, S., Hickson, L.Swanepoel, D. (2010). International classification of functioning, disability, and health core sets for hearing loss: A discussion paper and invitation. *International Journal of Audiology*, 49(4), 256-262.
- Davis A. C. (1989). The prevalence of hearing impairment and reported hearing disability among adults in Great Britain. *International Journal of Epidemiology*, 18(4), 911-917.
- De Graaf, R. og Bijl, R. V. (2002). Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: Differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosomatic Medicine*, 6, 61-70.
- Demorest. M. E. og Erdman, S. A. (1987). Development of the Communication profile for hearing impaired. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 129-143.
- Eide, A. H. og Gundersen, T. (2004). Hørselshemmede og arbeid. En studie om sammenhenger mellom hørselshemming, psykososialt funksjonsnivå og arbeidsdeltagelse. SINTEF Helserapport STF78 A044503. Oslo: SINTEF Helse.
- Engdahl, B., Tambs, K., Borchgrevink, H. M. og Hoffman, H. J. (2005). Screened and unscreened hearing threshold levels for the adult population: Results from the Nord-Trøndelag hearing loss study. *International Journal of Audiology*, 44(4), 213-230.
- Falkum, E., Olff, M. og Aasland, O. G. (1997). Revisiting the factor structure of the ways of coping checklist: A three-dimensional view of the problem-focused coping scale. A study among Norwegian physicians. *Personality and Individual Differences*, 22(2), 257-267.

- Folkman, S. og Moskowitz, J. T. (2003). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Gilhome Herbst, K. (2000). Acquired deafness. I P. Hindley og N. Kitson (red.). *Mental health and deafness* (s. 253-284). London: Whurr Publishers.
- Glass, L. E. og Elliot, H. (1993). Work place success for persons with adult-onset hearing impairment. *The Volta Review*, 95(4), 403-415.
- Grimby, A. og Ringdahl, A. (2000). Does having a job improve the quality of life among post-lingually deafened Swedish adults with severe-profound hearing impairment? *British Journal of Audiology*, 34(3), 187-195.
- Grønlie, S. M. (2005). *Uten hørsel? En bok om hørselshemming*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gullacksen, A. C. (2002). *När hörseln sviktar. Om livsomställning och rehabilitering*. Malmö: HAREC.
- Hallam, R., Ashton, P., Sherbourne, K. og Gailey, L. (2006). Acquired profound hearing loss: Mental health and other characteristics of a large sample. *International Journal of Audiology*, 45(12), 715-723.
- Hallam, R., Ashton, P., Sherbourne, K., Gailey, L. og Corney, R. (2007). Coping, conversation tactics and marital interactions in persons with acquired profound hearing loss (APHL): Correlates of distress. *Audiological Medicine*; 5(2), 103-111.
- Hallam, R., Ashton, P., Sherbourne, K. og Gailey, L. (2008). Persons with acquired profound hearing loss (APHL): How do they and their families adapt to the challenge? *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 12(3), 369-388.
- Hallberg, L. R-M. og Carlson, S. G. (1993). A qualitative study of situations turning a hearing disability into a handicap. *Disability, Handicap and Society*, 8(1), 71-86.
- Hearpod (2008). *Hearing loss is generally classified into four categories*. Hentet fra <http://207.204.13.209/blog/hearing-loss-info/hearing-loss-generally-classified-categories/> (4/2-11).
- Helvik, A-S., Jacobsen, G. og Hallberg, L. R-M. (2006a). Psychological well-being of adults with acquired hearing impairment. *Disability and Rehabilitation*, 28(9), 535-545.

- Helvik, A.-S., Jacobsen, G., Wenneberg, S., Arnesen, H., Ringdahl, A. og Hallberg, L. R.-M. (2006b). Activity limitation and participation restriction in adults seeking hearing aid fitting and rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 28(5), 281–288.
- Helvik, A.-S., Thürmer, H., Jacobsen, G. W., Bratt, M., Hallberg, R.-M. (2007). Psychometric evaluation of a Norwegian version of the Communication strategies scale of the Communication profile for the hearing impaired. *Disability and Rehabilitation*, 29(6), 513-520.
- Helvik, A.-S., Wenneberg, S., Jacobsen, G. og Hallberg, L. R.-M. (2008). Why do some individuals with objectively verified hearing loss reject hearing aids? *Audiological Medicine*, 6(2), 141-148.
- Hetù, R., Riverin, L., Lalande, N., Getty, L. og St-Cyr, C. (1988). Qualitative analysis of the handicap associated with occupational hearing loss. *British Journal of Audiology*, 22(4), 251-264.
- Heydebrand, G., Mauze, E., Tye-Murray, N., Binzer, S. og Skinner, M. (2005). The efficacy of a structured group therapy intervention in improving communication and coping skills for adults cochlear implant recipients. *International Journal of Audiology*, 44(5), 272-280.
- Hindley, P. (1997). Psychiatric aspects of hearing impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(1), 101-117.
- Hinkle, D. E., Wiersma, W. og Jurs, S. G. (2003). *Applied statistics. For the behavioral sciences* (5.utg.). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Humes, L.E., Wilson, D.L. og Humes, A.C. (2003). Examination of differences between successful and unsuccessful elderly hearing aid candidates matched for age, hearing loss and gender. *International Journal of Audiology*, 42(7), 432-441.
- Hynes, G. J., Callan, V. J., Terry, D. J. og Gallois, C. (1992). The psychological well-being of infertile women after a failed IVF attempt: The effects of coping. *British Journal of Medical Psychology*, 65(3), 269-278.
- Jaworski, A. og Stephens, D. (1998). Self-reports on silence as a face-saving strategy by people with hearing impairment. *International Journal of Applied Linguistics*, 8(1), 61-80.

- Jin, R., Shah, C. P. og Svoboda, T. J. (1995). The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 153(5), 529-540.
- Jones, E. M. og White, A. J. (1990). Mental health and acquired hearing impairment: A review. *British Journal of Audiology*, 24(1), 3-9.
- Kalayam, B., Alexopoulos, G. S., Merrell, H. S., Young, R. C. og Shindledecker, R. (1991). Patterns of hearing loss and psychiatric morbidity in elderly patients attending a hearing clinic. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6(3), 131-136.
- Kjeka, A. M. (2007). Tunghørte studenter – mestring. Hvilke mestringsstrategier/mestringsressurser tar tunghørte i bruk under høyere utdanning? Trondheim: Høgskolen i Sør-Trøndelag, Helse og Rehabilitering.
- Knutson, J. F. og Lansing, C. R. (1990). The relationship between communication problems and psychological difficulties in persons with profound acquired hearing loss. *Journal of Speech and Hearing disorders*, 55, 656-664.
- Kramer, S. (2005). The psychosocial impact of hearing loss among elderly people: a review. I D. Stephens og L. Jones (red.) *The impact of genetic hearing impairment* (s. 137-164). London: Whurr Publishers.
- Kvam, M. H. og Tingvold, L. (2004). Jeg er så utrolig sliten...Enkeltpersoners erfaringer med å være hørselshemmet, med særlig vekt på arbeidslivet. Rapport STF78 A044504).Oslo: SINTEF Helse.
- Ladd, P. (2003). *Understanding deaf culture. In search of deafhood*. Clevedon: Multilingual matters LTD.
- Lapierre, L. M. og Allan, T D. (2006). Work-supportive family, family-supportive supervision, use of organizational benefits, and problem-focused coping: Implications for work–family conflict and employee well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(2), 169–181.
- Laukli, E. (red.). (2007). *Nordisk lærebok i audiologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984). *Stress ,appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leufstadius, C., Eklund, M. og Erlandsson, L-K. (2009). Meaningfulness in work – Experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*, 34(1), 21-32.

- Lind, C., Hicskon, L. og Erber, N. P. (2004). Conversation repair and acquired hearing impairment: A preliminary quantitative clinical study. *The Australian and New Zealand Journal of Audiology*, 26(1), 40-52.
- Lisspers, J., Nygren, A. og Söderman, E. (1997). Hospital anxiety and depression scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(4), 281-286.
- Livneh, H. og Martz, E. (2007). An introduction to coping theory and research. I E. Martz og H. Livneh (red.). *Coping with chronic illness and disability* (s. 3- 27). New York : Springer.
- Lorentzen, Ø. og Berge, A. R. (2003). *Hørselshemmede og arbeid. En brukerundersøkelse om erfaringer og synspunkter knyttet til arbeid som livsarena*. Tomter/Arendal: Rehab-Nor.
- Luey, H.S. (1980). Between worlds. The problems of deafened adults. *Social Work in Health Care*, 5(3), 253-265.
- Luey, H. S., Glass, L. og Elliot, H. (1995). Hard-of-hearing or deaf: Issues of ears, language, culture, and identity. *Social Work in Health Care*, 40(2), 177-182.
- Lyxell, B. og Rönneberg, J. (1989). Information-processing skill and speech-reading. *British Journal of Audiology*, 23(4), 339-347.
- Mahapatra, S. B. (1974) Deafness and mental health: psychiatric and psychosomatic illness in the deaf. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 5, 596-611.
- Meadow-Orlans, K. (1985). Social and psychological effects of hearing loss. I H. Orlans, (red.). *Adjustment to adult hearing Loss* (s. 35- 57). London: Taylor & Francis.
- Murphy, G. C. og Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(1), 83-99.
- Mykletun, A., Stordal, E. og Dahl, A. A. (2001). Hospital anxiety and depression (HAD) scale: factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 540-544.
- Peterson, K. C. (2009). Hørselstap – sorg og aksept, stress og mestring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(5), 460-465.

- Ries, P. W.(1985). The demography of hearing loss. I H. Orlans (red.). *Adjustment to adult hearing loss* (s. 3- 21). London: Taylor & Francis.
- Rosenthal, U., Jönsson, R. og Söderlind, O. (1999). Self-assessed hearing problems in Sweden: A demographic study. *International Journal of Audiology*, 38(6), 328-334.
- Sataloff, R. og Sataloff, J. (2005a). The nature of hearing loss. I R. Sataloff og J. Sataloff. *Hearing Loss*(s. 19- 27). New York: Taylor & Francis.
- Sataloff, R. og Sataloff, J. (2005b). The physics of sound. I R. Sataloff og J. Sataloff. *Hearing loss* (s. 3- 18). New York: Taylor & Francis.
- Schlauch, R. S. og Nelson, P. (2009). Puretone evaluation. I J.Katz, L. Medwetsky, R. Burkard og L. Hood. *Handbook of clinical audiology* (6.utg.) (s. 30-49). Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lipincott Williams & Wilkins.
- Sherbourne, K., White, L. og Fortnum, H. (2002). Intensive rehabilitation programmes for deafened men and women: an evaluation study. *International Journal of Audiology*, 41(3), 195-201.
- Sommerfield, M. R. og McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625.
- Spinhoven, P. H., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M. og Van Hemert, A. M. (1997). A validation study of the Hospital anxiety and depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L. og Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 350-362.
- Stephens, D. og Hetù, R. (1991). Impairment, disability and handicap in audiology: Towards a consensus. *International Journal of Audiology*, 30(4), 185-200.
- Stevens, J. M. (1982). Some psychological problems of acquired deafness. *The British Journal of Psychiatry*, 140, 453-456.
- Sullivan, M. D., Katon, W., Dobie, R., Sakai, C., Russo, J. og Harrop-Griffiths, J. (1988). Disabling tinnitus. Association with affective disorder. *General Hospital Psychiatry*, 10(4), 285-291.

- Suls, J. og Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4(3), 249-288.
- Suls, J., David, J. P. og Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64(4), 711-735.
- Tambs, K. (2004). Moderate effects of hearing loss on mental health and subjective well-being: Results from the Nord-Trøndelag hearing loss study. *Psychosomatic Medicine*, 66(5), 776-782.
- Thomas, A. J. (1984). *Acquired hearing loss. Psychological and psychosocial implications*. London: Academic Press.
- Thomas, A. og Gilhome Herbst, K. (1980). Social and psychological implications of acquired deafness for adults of employment age. *British Journal of Audiology*, 14, 76-85.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. og J. Becker, J. (1985). The Ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3–26.
- Vitaliano, P. P., DeWolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J. og Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 582-592.
- Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J. og Kaplan, G. A. (2004). Impact of self-assessed hearing loss on a spouse: A longitudinal analysis of couples. *The Journals of Gerontology*, 59(3), 190-196.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilson, D. H., Walsh, P. G., Sanchez, L., Davis, A. C., Taylor, A. W., Tucker, G. og Meagher, I. (1999). The epidemiology of hearing impairment in an Australian adult population. *International Journal of Epidemiology*, 28(2), 247-252.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneve : World Health Organization.
- World Health Organization (2006). *Primary ear and hearing care. Training resource*. Hentet fra http://www.who.int/pbd/deafness/activities/hearing_care/summary.pdf (2/3-11).

World Health Organization (2007). International classification of mental and behavioural disorders (ICD-10).Geneve: WHO.

Zigmond, A. S. og Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Vedlegg A

Distribusjon av skårer i WCCL.

Item	Respons					Total	gj.snitt	St.avvik	
	1	2	3	4	5				
<i>Problemfokuserert mestring</i>									
1	Du prøver å inngå en slags avtale eller overenskomst for å få noe positivt ut av situasjonen	5	2	10	7	1	25	2,88	1,17
6	Prøver å se det positive i det hele; aldri så galt at det ikke er godt for noe	4	2	7	9	3	25	3,20	1,26
9	Forsøker å ikke brenne alle broer, men lar flere muligheter være åpne	2	2	10	12	0	26	3,23	0,91
13	Forandrer deg eller vokser som menneske på en god måte	2	0	8	13	3	26	3,58	0,99
15	Legger en handlingsplan og følger den	4	5	9	7	1	26	2,85	1,12
18	Godtar det som er det nest beste i forhold til det du egentlig ønsket	2	5	9	10	0	26	3,04	0,96
20	Kommer sterkere og bedre rustet ut av hendelsen enn du gikk inn i den	1	3	12	8	2	26	3,27	0,92
23	Forsøker å la være å handle overilt eller følge din første innskyttelse	4	3	6	9	2	24	3,08	1,25
26	Gjør en forandring slik at det vil gå bra til slutt	2	2	11	8	2	25	3,24	1,01
28	Tar en ting ad gangen	4	3	6	8	4	25	3,20	1,32
30	Du vet hva som må til og øker innsatsen ytterligere for at alt skal ordne seg	3	0	9	10	3	25	3,40	1,12
33	Finner fremt il flere forskjellige løsninger på problemet	1	3	10	9	2	25	3,32	0,95
36	Godtar følelsene dine, men forsøker å unngå at de virker for mye inn på andre ting	1	2	5	15	2	25	3,60	0,91
39	Forandrer noe ved deg selv så du takler situasjonen bedre	2	2	10	9	2	25	3,28	1,02
42	Står på ditt og kjemper for det du vil	3	4	9	5	5	26	3,19	1,27
Total								3,224	
<i>Ønsketenkning</i>									
4	Håper det vil skje et under	17	3	2	4	0	26	1,73	1,15
7	Skulle ønske du var sterkere- mer optimistisk og hadde mer krefter	1	5	4	10	5	25	3,52	1,16
11	Ønsker du kunne forandre det som har skjedd	4	3	6	10	2	25	3,12	1,24
14	Ønsker du kunne forandre måten din å føle på	3	7	5	7	4	26	3,08	1,29
19	Dagdrømmer eller tenker deg inn i en bedre tid eller til et bedre sted enn den/der du er nå	8	3	4	8	3	26	2,81	1,47
22	Har fantasier eller ønsker om hvordan det skal gå til slutt	7	3	6	8	1	25	2,72	1,31
25	Tenker på noe fantastisk eller utrolig som kunne skje som fikk deg til å føle deg bedre	9	3	7	4	2	25	2,48	1,36
37	Ønsker at situasjonen skulle bli borte eller på et ellet annet vis gå over av seg selv	6	5	2	8	4	25	2,96	1,49
Total								2,803	
<i>Søke sosial støtte</i>									
2	Du snakker med noen for å finne ut mer om situasjonen	3	0	8	11	4	26	3,50	1,14
10	Tar i mot sympati fra noen	1	4	12	7	1	25	3,12	0,88
16	Får hjelp av fagfolk	4	5	3	11	3	26	3,15	1,32
24	Snakker med noen som kan gjøre noe med problemet	5	1	7	8	2	23	3,04	1,30
31	Spør en slektning eller en venn du respekterer om råd	3	6	7	6	3	25	3,00	1,23
40	Snakker med noen om hvordan du har det	2	3	12	6	2	25	3,12	1,01
Total								3,155	
<i>Selvbebreidelse</i>									
3	Du klandrer deg selv	6	5	9	5	1	26	2,62	1,17
17	Kritiserer eller sier til deg selv hva du burde ha gjort	3	4	8	10	1	26	3,08	1,09
34	Innser at du selv har skapt problemet	6	5	9	5	0	25	2,52	1,09
Total								2,74	
<i>Unngåelse</i>									
5	Later som ingenting har skjedd	6	10	5	4	1	26	2,38	1,13
8	Synes det var synd at du ikke kunne unngå problemet	6	0	9	7	4	26	3,12	1,37
12	Forsøker å holde følelsene for deg selv	0	3	11	9	3	26	3,46	0,86
21	Sover mer enn vanlig	4	6	6	6	4	26	3,00	1,33
27	Blir sint på den, det eller de som er skyld i problemet	4	7	6	5	2	24	2,75	1,23
29	Forsøker å glemme det hele	6	5	10	3	1	25	2,52	1,22
32	Forsøker å få det bedre ved å spise, drikke, røyke, ta medisiner eller lignende	11	4	4	4	2	25	2,28	1,40
35	Unngår å være sammen med andre mennesker	4	3	9	6	3	25	3,04	1,24
38	Lar ikke andre få vite hvor ille det er	3	1	10	9	2	25	3,24	1,09
41	Nekter å tro at det har hendt	14	5	6	0	0	25	1,68	0,85
Total								2,747	

Responser: Passer ikke (1), passer mindre godt (2), både og (3), passer ganske godt (4) og passer svært godt (5).

Vedlegg B

Distribusjon av skårer i CONV.

Item	Respons					Total	Gj.snitt	St.avvik
	1	2	3	4				
Unngåelse								
3	Gir opp og kobler ut	1	10	11	3	25	2,64	0,76
9	Later som forstår hva samtalepartner sier	3	10	9	4	26	2,54	0,91
19	Bruker minimalt av krefter og trekker deg tilbake til din egen tankeverden	6	10	6	4	26	2,31	1,01
24	Prøver å se interessert ut når du ikke hører klart	4	6	12	4	26	2,62	0,94
32	Avslutter samtalen hvis samtalepartner ser sint ut	6	8	7	4	25	2,36	1,04
34	Unngår samtalen helt og holdent hvis du tenker det blir vanskelig	4	9	8	5	26	2,54	0,99
36	Beslutter at det du sier ikke er så viktig at det er nødvendig å repeter	8	9	8	1	26	2,08	0,89
45	Gir opp og går hvis det blir for vanskelig å gjennomføre samtalen	7	13	4	2	26	2,04	0,87
47	Holder talestrømmen gående så du ikke er nødt til å lytte så mye	8	10	3	5	26	2,19	1,10
49	Er stille og unngår å måtte gjennomføre anstrengende samtaler	7	12	3	4	26	2,15	1,01
Total							2,35	
Fasilitere								
1	Prøver å trekke samtalepartneren til et mer stille område	4	10	8	4	26	2,46	0,95
11	Slår av alle forstyrrende, eksterne lydkilder eller lukker vinduet eller liknende	2	9	10	4	25	2,64	0,86
23	Plasserer deg nærmere samtalepartner	0	4	6	16	26	3,46	0,76
27	Fanger blikkontakt før du snakker	2	5	10	9	26	3,00	0,94
Total							2,89	
Alternativ								
16	Ber samtalepartner om å skrive ned viktige opplysninger eller uvanlige ord, for eksempel egennavn	16	7	1	1	25	1,48	0,77
20	Bruker gester og tegnspråk	12	10	4	0	26	1,69	0,74
43	Skriver ned det du ønsker å si	21	2	3	0	26	1,31	0,68
Total							1,49	
Optimalisere								
4	Ber samtalepartner om å vise ansiktet når han/hun snakker	2	6	9	8	25	2,92	0,95
10	Sikrer deg at du ser samtalepartners ansikt klart og tydelig	1	3	10	12	26	3,27	0,83
13	Allierer deg med noen om å oppsummere samtalen for deg eller fortelle deg hva de andre snakker om	8	9	6	3	26	2,15	1,00
14	Ber samtalepartner om å si deg hva tema for samtalen er	10	8	7	1	26	1,96	0,92
18	Bruker visuelle "hint" - for eksempel ser på samtalepartners lepper	2	4	8	12	26	3,15	0,97
21	Merker deg ansiktsuttrykk og gester	0	9	4	12	25	3,12	0,93
22	Ber samtalepartner om å fange din oppmerksomhet først, før begynner å snakke til deg	7	10	8	1	26	2,12	0,86
41	Ber om at ikke roper til deg fra annet rom	4	2	11	9	26	2,96	1,04
42	Ber samtalepartner se på deg når snakker	1	9	5	10	25	2,96	0,98
48	Vender øret mot den som snakker	5	4	4	13	26	2,96	1,25
Total							2,76	
Metakommunikasjon								
17	Repeterer for ditt indre hva du nettopp hørte og prøver å sette sammen lydene	13	4	4	5	26	2,04	1,22
25	Forholder deg rolig når du ikke oppfatter alt, slik at du ikke mister resten	2	6	11	7	26	2,88	0,91
28	Merker deg hva den andre personen gjør eller ser på	1	6	11	7	25	2,96	0,84
35	Gjentar til samtalepartner hva du tror du oppfattet	5	12	9	0	26	2,15	0,73
44	Planlegger mentalt hva du vil si før du sier det	11	7	7	1	26	1,92	0,96
50	Unngår å snakke om uvesentlige ting	4	8	9	5	26	2,58	0,99
51	Stiller et "motsattspørsmål" for å sjekke om har hørt rett	2	11	3	8	24	2,71	1,04
52	Fyller inn hullene mentalt på egenhånd eller gjetter når ikke har fått med alt som ble sagt	2	7	10	6	25	2,80	0,91
54	Formulerer spørsmål slik at kun noen få svaralternativ er mulig	10	7	7	1	25	1,96	0,96
Total							2,44	
Initiere reparasjon								
5	Minner samtalepartner om at det ikke hjelper å rope	8	11	5	0	24	1,88	0,74
7	Ber samtalepartner om å omformulere	11	6	6	3	26	2,04	1,08
8	Ber samtalepartner om å snakke tydeligere	5	10	9	2	26	2,31	0,88
12	Avbryter hvis du faller ut av samtalen	6	11	6	3	26	2,23	0,95
29	Ber samtalepartner snakke saktere	7	7	10	2	26	2,27	0,96
31	Ber samtalepartner om å gjenta	1	6	16	3	26	2,81	0,69
37	Ber samtalepartner om å snakke høyere	2	11	9	4	26	2,58	0,86
39	Ber om at samtalepartneren snakker høyere når han/hun snakker lavt	3	4	10	9	26	2,96	1,00
46	Nevner for andre at du har dårlig hørsel når du ikke oppfatter hva de sier	1	2	12	11	26	3,27	0,78
Total							2,48	
Reparere								
2	Snakker sakte	14	3	7	1	25	1,80	1,00
6	Gir mer informasjon for å sikre at den andre personen forstår	2	12	10	2	26	2,46	0,76
15	Snakker tydelig	4	7	8	6	25	2,64	1,04

30	Gjentar hva du sa, ord for ord	14	4	5	1	24	1,71	0,96
53	Bruker færre ord eller forenkler for å få budskapet frem	7	10	7	2	26	2,15	0,93
Total							2,15	
Responser: <i>Stemmer sjelden eller aldri</i> (1) <i>Stemmer av og til eller i blant</i> (2) <i>Stemmer ofte eller ganske ofte</i> (3) <i>Stemmer vanligvis eller nesten alltid</i> (4)								

Vedlegg C

Hospital anxiety and depression scale (HAD).

Her kommer noen spørsmål om hvorledes du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser **den siste uken**. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

- | | |
|---|---|
| 1. Jeg føler meg nervøs og urolig | 4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner |
| <input type="checkbox"/> 3- mesteparten av tiden | <input type="checkbox"/> 0- like mye nå som før |
| <input type="checkbox"/> 2- mye av tiden | <input type="checkbox"/> 1- ikke like mye nå som før |
| <input type="checkbox"/> 1- fra tid til annen | <input type="checkbox"/> 2- avgjort ikke som før |
| <input type="checkbox"/> 0- ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> 3- ikke i det hele tatt |
| 2. Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før | 5. Jeg har hodet fullt av bekymringer |
| <input type="checkbox"/> 0- avgjort like mye | <input type="checkbox"/> 3- veldig ofte |
| <input type="checkbox"/> 1- ikke fullt så mye | <input type="checkbox"/> 2- ganske ofte |
| <input type="checkbox"/> 2- bare lite grann | <input type="checkbox"/> 1- av og til |
| <input type="checkbox"/> 3- ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> 0- en gang i blant |
| 3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje | 6. Jeg er i godt humør |
| <input type="checkbox"/> 3- ja, og noe svært ille | <input type="checkbox"/> 3- aldri |
| <input type="checkbox"/> 2- ja, ikke så veldig ille | <input type="checkbox"/> 2- noen ganger |
| <input type="checkbox"/> 1- litt, bekymrer meg lite | <input type="checkbox"/> 1- ganske ofte |
| <input type="checkbox"/> 0- ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> 0- for det meste |
| 7. Jeg kan sitte i fred og ro | 11. Jeg er rastløs som om |
| og kjenne meg avslappet | jeg stadig må være aktiv |
| <input type="checkbox"/> 0- ja, helt klart | <input type="checkbox"/> 3- uten tvil svært mye |
| <input type="checkbox"/> 1- vanligvis | <input type="checkbox"/> 2- ganske mye |
| <input type="checkbox"/> 2- ikke så ofte | <input type="checkbox"/> 1- ikke så veldig mye |
| <input type="checkbox"/> 3- ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> 0- ikke i det hele tatt |
| 8. Jeg føler meg som om alt | 12. Jeg der med glede frem til |
| går langsommere | hendelser og ting |
| <input type="checkbox"/> 3- nesten hele tiden | <input type="checkbox"/> 0- like mye som før |
| <input type="checkbox"/> 2- svært ofte | <input type="checkbox"/> 1- heller mindre enn før |
| <input type="checkbox"/> 1- fra tid til annen | <input type="checkbox"/> 2- avgjort mindre enn før |
| <input type="checkbox"/> 0- ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> 3- nesten ikke i det hele tatt |
| 9. Jeg føler meg urolig som om | 13. Jeg kan plutselig få en |
| jeg har sommerfugler i magen | følelse av panikk |
| <input type="checkbox"/> 0- ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> 3- uten tvil svært ofte |
| <input type="checkbox"/> 1- fra tid til annen | <input type="checkbox"/> 2- ganske ofte |
| <input type="checkbox"/> 2- ganske ofte | <input type="checkbox"/> 1- ikke så veldig ofte |
| <input type="checkbox"/> 3- svært ofte | <input type="checkbox"/> 0- ikke i det hele tatt |
| 10. Jeg bryr meg ikke lenger | 14. Jeg kan glede meg over gode |
| om hvordan jeg ser ut | bøker, radio og TV |
| <input type="checkbox"/> 3- ja, jeg har sluttet å bry meg | <input type="checkbox"/> 0- ofte |
| <input type="checkbox"/> 2- ikke som jeg burde | <input type="checkbox"/> 1- fra tid til annen |
| <input type="checkbox"/> 1- kan hende ikke nok | <input type="checkbox"/> 2- ikke så ofte |
| <input type="checkbox"/> 0- bryr meg som før | <input type="checkbox"/> 3- svært sjelden |

Vedlegg D

Spørsmål om hørselssituasjon

A1 Ut i fra din egen oppfatning og ut i fra kommentarer fra andre: Hvordan vil du beskrive dine hørselsproblem? (Bare et kryss)	<input type="checkbox"/> Svært store <input type="checkbox"/> Store <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Små <input type="checkbox"/> Ubetydelige
A2 Hvor lenge har du hatt vansker med hørselen?*	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Antall hele år
A3 Har du svimmelhet? (Et kryss)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
A4 Har du høreapparat?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Har CI Hvis Ja – så besvar de nedenforstående spørsmålene. Hvis Nei – så gå til spørsmål A9
A5 Hva er ditt gjennomsnittlige hørselstap?	Høyre øre.....dB Venstre øre.....dB
A9 Føler du økt behov for hvile på grunn av dine hørselsvansker? (Ett kryss)	<input type="checkbox"/> Svært stort <input type="checkbox"/> Stort <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Lite <input type="checkbox"/> Ikke behov
A10 Har du eller arbeidsgiver tatt initiativ til <u>tilpasninger på arbeid</u> på grunn av ditt hørselsproblem? (Et kryss)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
A11 Har du gjort arbeidsplassen oppmerksom på at du er hørselshemmet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
A12 Har du tidligere deltatt på kurs for yrkesaktive hørselshemmede?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
A 13 Har du tidligere gått på kurs for å lære tegn/tegnspråk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
A14 Bruker du noen ganger tegn/tegnspråk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, oppgi årsak:_____
A15 Har du tinnitus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis nei, kan du hoppe til spørsmålene i vedlegg 6
A16 Hvis ja, hvor har du tinnitus?	<input type="checkbox"/> På en side <input type="checkbox"/> På to sider <input type="checkbox"/> Midt i hodet